

**“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011  
EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”**

**RICARDO LADRON DE GUEVARA CANEDO**

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA**

**FACULTAD DE DERECHO**

**BARRANQUILLA**

**2012**

**“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011  
EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”**

**RICARDO LADRON DE GUEVARA CANEDO**

**Proyecto de grado presentado como requisito para  
Optar al título de Abogado**

**Asesor:**

**Dra. LIGIA ROMERO MARÍN**

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA  
FACULTAD DE DERECHO  
BARRANQUILLA**

**2012**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Barranquilla, Junio de 2012

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

FIRMA DE ASESOR

Barranquilla, Junio de 2012

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de grado a Dios Nuestro Señor, ya que gracias a Él materializó el sueño de ser un Abogado.

Así mismo, agradezco a mi familia, hermanos, tías, y en especial a mi madre Marina Canedo Martínez, por la compañía y la confianza brindada en todos estos años de estudio. Por último a la persona que en el momento de caer en un hueco, me dio la mano y confió, mi compañera Nora Paternina.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco este triunfo en primera instancia a mi amigo Guillermo Zapata Donado que aunque me quedo mal, me incentivo a prenderme la idea de que si se puede lograr lo que desde niño quise, ser abogado. A mi hermana Marina Ladrón de Guevara que en un momento de tropiezo me abrió los ojos y me hizo ver que ahorrando se puede. A un buen amigo que me apoyo en toda mi carrera el doctor Ramiro Moreno. A mis compañeros más allegados en el curso Fabiola Rojas, Katherine Escobar, Álvaro Gil, Ales Cabarcas, Yerlis Molina, y Lucero Barraza, que me ayudaron en la lucha. A los profesores que se esmeraron por enseñarnos en especial el doctor Rafael Rodríguez, y a la doctora Ligia Romero, a mis comandantes en batallón de policía militar que aunque de mala gana me dieron el permiso para no formar y llegar 10 minutos tarde. Estos fueron los que algo tuvieron que ver con mi carrera, a todos que bien o mal hicieron algo por mí, y tengo presente que no hay mal que por bien no venga.

## RESÚMEN

**PALABRAS CLAVES:** Salud, Previsión, EPS, IPS, Principios jurídicos, Estrategia, Atención Primaria, Norma, Sistema de Seguridad Social Integral. Derechos.

La implementación de la ley 100 del 93 “puso al país como referente en la ordenación de un sistema de salud, con pretensiones de universalidad y participación de particulares,”<sup>1</sup> su inicio fue la conformación de la organización de sus instituciones, procedimientos y financiación del Sistema de Seguridad Social. De ahí en adelante se da un andamiaje de reformas, todas estas susceptibles al cambio según el ritmo de las transiciones históricas, con el fin de promover y garantizar el aseguramiento y el bienestar de todos los seres humanos.

Es así con La ley 715 de 2001 se establece el sistema general de participaciones, también la ley 789 de 2002 le da un ajuste estructural al sistema de seguridad social convirtiéndolo a uno de protección social el cual es una nueva herramienta del Estado social de derecho para hacer efectivo en forma universal y progresiva el derecho a la salud.

---

<sup>1</sup> CORTEZ GONZÁLEZ, Juan Carlos. Reforma al sistema de salud. Legis S.A. Colombia. 2001. Pág. XIII.

Posteriormente, con el surgimiento de la ley 1122 de 2007 se da un Impulso a la ley 1438 de 2011, reforma más social que puntualiza y hace énfasis en la falta de una cultura, de una costumbre, de un orden y de una concientización ciudadana de los usuarios, de sistema y desde su inicio con el artículo 1 el objeto de la ley, aplica la estrategia de atención primaria en salud, que permite la acción coordinada del Estado, las Instituciones y la Sociedad.



## **ABSTRACT**

**KEY WORDS:** Health, Welfare, EPS, IPS, Legal Principles, Strategy, Primary Care, Law, Social Security System, Human rights.

The implementation of Law 100 of 93 became to Colombia as a leader in the organization of a health system, base on the Principle of universality and public participation. At the beginning it organize its institutions, procedures and financing of social security system. After that, there were a lot of reforms usefull to the changes, that had the purpose to promote, and ensure higher levels of welfare to all human beings.

Law 715 of 2001 develops the legislative act 1 of 2001, establishing the general system of participations. Law 789 of 2002 gives a structural adjustment to the social security system of social protection which is a new tool to provide health.

Law 1122 of 2007 was insufficient to meet the challenges of health. Initially the purpose of Law 1438 de 2011 was to improve the public service of health, and also it defines a national policy of social participation in order to intervene in the public politics of health.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	11
1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	18
2. OBJETIVOS.....	22
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3. IMPACTO INTERNO.....	23
4 HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD.....	25
4.1. ESQUEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	28
4.2. LA DINÁMICA EVOLUTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	32
4.3. LA SALUD COMO BIEN FUNDAMENTAL Y SU IMPORTANCIA.....	35
5. DESARROLLO DE LA LEY 100 DEL 93 .....	43
5.1.ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA REFORMA.....	43
5.2. SIGLAS Y DEFINICIONES.....	48
5.3. ORGANISMOS INTEGRANTES DEL SISTEMA.....	55
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011.....	57
6.1. ORIGEN CONSTITUCIONAL DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011...	57
6.2. CARACTERÍSTICAS Y FORTALEZAS DE LAS REFORMAS.....	62
6.3. SEMEJANZAS ENTRE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011.....	75
6.4. COMENTARIOS.....	81
6.5 SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL.....	90
7. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	101
8 CONCLUSIONES.....	102
BIBLIOGRAFÍA.....	106
ANEXOS.....	110

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por Salud, el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”<sup>2</sup>, pero jurídicamente la salud no es un derecho, sino una condición o estado del ser humano. Donde la facultad jurídica, consiste en la atención requerida para promover, restaurar, conservar y reparar dicho estado normal, y el sistema de seguridad social en salud, es el sistema que regula su reparación mediante normas jurídicas.

Como ya es sabido la accesibilidad, la calidad y el efectivo goce en la atención de la salud, es un derecho de los llamados derechos humanos más valorados por los individuos y las sociedades, que se han constituido en un reto principal en los estados contemporáneos, más allá de su orientación política.

Toda regulación normativa debe ser concebida, elaborada y aprobada teniendo en cuenta los problemas y las condiciones de la realidad social a la que se dirigen; sin embargo, la entrada en vigencia de las mismas normas no deja de causar controversia, inquietudes e inseguridades en cuanto a su contenido y aplicación.

---

<sup>2</sup> Diccionario de la Real Lengua Española. Vigésima segunda edición. Disponible en línea en <http://lema.rae.es/drae/>

Tal es el caso de la Ley 1122 de 2007, por medio de la cual se hicieron reformas no estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la Ley 1438 de 2011, ley que se estructura de manera precisa sobre la revisión de los pilares del sistema de aseguramiento en Colombia preservando nominalmente la orientación conceptual y el fortalecimiento del mismo sistema.

Al igual que las normas que hacen referencia a la prestación del servicio público llamado salud, estas dos leyes no se escapan de las críticas y juicios de la sociedad y los letrados opositores de la organización del sistema, toda vez que las mencionadas disposiciones realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y beneficiarios para hacer más efectiva la prestación de los servicios. De igual manera, no dejan de entrañar desconfianza frente a la operación de las entidades promotoras de salud como intermediadoras aseguradoras.

Al elaborar este trabajo de grado, la intención del investigador fue analizar detalladamente después de la Ley 100, las reformas y los fortalecimientos al Sistema General de Seguridad Social en Salud en nuestro país, y precisar los avances logrados por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

Con las anteriores reformas, se ve la preocupación del legislador de regular a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada, y más en

una forma amplia para poblaciones sujetas de especial protección Constitucional o para personas que padecen especiales síntomas de patologías o se encuentran en situaciones particulares.

El sistema no solo cuenta con cobertura para accidentes de tránsito y eventos catastróficos, atención por riesgos profesionales y régimen de excepción, sino que debe concebirse a partir de un sistema especial y prevalente para los niños, y los adolescentes de todo el territorio nacional, pero también para personas con discapacidad general y con discapacidad mental en particular, así como para quienes padezcan de VIH, sida, cáncer, enfermedades huérfanas, o sufran condiciones de desplazamiento o padezcan el flagelo del secuestro o sean víctimas de la violencia, sin contar con regulaciones puntuales para madres cabeza de familia, trabajadores de universidades públicas, gestores culturales, vendedores de juego de suerte loterías y otros.

Desde el año de 1978 con el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70 la OMS Y UNICEF realiza declaración de Alma-Ata, en la cual la OMS postula los principios de la atención primaria en salud como un esquema de intervención para lograr en el sistema de salud el acceso equitativo y universal, próximo y participativo.

Hace 30 años, la Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.

Esta ambición, que lanzó el movimiento de salud para todos, resultaba atrevida. Suponía que una política clara y novedosa podría incrementar el nivel de salud de las poblaciones desfavorecidas y, de ese modo, conducir al desarrollo general. La Declaración amplió el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas de mejorar la salud. Los objetivos generales eran la equidad en el acceso a la atención, y la eficacia en la prestación de los servicios.<sup>3</sup>

La manifestación de los objetivos del nuevo milenio y la preocupación de las sociedades por el cumplimiento del servicio, para controlar así la pobreza extrema, vienen también a afectar el rediseño de los modelos de salud y actualizar el interés por el enfoque de la atención primaria complementado con la prestación de servicios a través de redes integradas.

---

<sup>3</sup> CHAN, Margaret. Regreso al Alma – Ata Organización mundial de la salud. 2008. Documento disponible en: <http://www.who.int/dg/20080915/es/index.html>

La ley 100 del 93 que estructuró el nuevo sistema de salud, como también el sin número de leyes que modifican y reforman el sistema, renuevan el compromiso al el acceso equitativo y con calidad. La Ley 1438 de 2011 ya trae la atención primaria en salud de una forma precisa en su Artículo 12 como una estrategia formada en tres componentes integrados e interdependientes, intersectorial transectorial, además es la base en la intervención sobre las causas sociales, económicas y políticas que determinan las condiciones inadecuadas de salud en una población.

Además incorpora en forma directa una serie de disposiciones referidas al talento humano, Aplica una serie obligaciones tanto de los órganos que componen el sistema como de los usuarios del mismo sistema. Desde la Ley 100 del 1993 como de la misma Ley 1438 de 2011 se expresan los deberes y obligaciones de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, la difusión y capacitación para el desarrollo de la norma, como la política nacional de participación social la corresponsabilidad, la atención preferente y la conformación de redes integradas de salud son muestras que traen adelantos a el buen servicio justo y equitativo en salud.

Los Sistemas de aseguramiento y protección, como decisiones de política a partir de exigencias humanas constantes, están sometidos a ajustes permanentes. Tanto los conceptos como los mecanismos habrán de manifestarse prósperos al cambio, según el ritmo de las evoluciones históricas, ciertamente con el propósito

permanente de promover, garantizar y asegurar mayores niveles de aseguramiento de satisfactores y de bienestar posible, a todos los seres humanos.

A partir de la Ley 789 de 2002 que crea el sistema de protección social se da en el país un grandísimo impacto con el cambio de la estructura de su sistema de aseguramiento y provisión de bienes meritorios de seguridad social.

Aún en el país se alude indiscriminadamente a la Ley 100 de 1993 como base del Sistema de aseguramiento, sin reconocer expresamente como la ley 789 de 2002 ha repercutido en la reformulación conceptual de su espíritu. Ya no se trata de un simple cambio de nombre, que ya de por si genera importantes consecuencias, sino del reconocimiento de un tránsito de mayores proporciones, el ajuste, éste si estructural, de un Sistema de Seguridad Social a uno de Protección Social, respecto del cual la Ley 1122 de 2007 de reforma al Sistema de Salud constituye un ajuste de ejemplo o modelo de coyuntura, necesario y oportuno, pero apenas indicativo de la proyección que requieren los cambios y adaptaciones del aseguramiento en el país, frente a los requerimientos de los tiempos presentes y por venir.

Con ese ánimo y a partir de tal orientación, asumo como necesaria la lectura de las reformas a la salud contenidas en la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 para que las consideraciones sensatas y ponderada permita una adecuada divulgación, interiorización y aplicación de las disposiciones.



La pretensión de este trabajo de investigación se concretó pues en colocar a disposición de los interesados, empezando por los usuarios actuales y potenciales del Servicio Público de Salud- contributivo, por los Operadores del Sistema, por las autoridades públicas del mismo, así como por los estudiosos de la materia en cuanto a su Sistema de Salud, los textos de la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, analizando sus antecedentes, y el impacto del ajuste frente al sistema general de seguridad social en salud; nuestro Sistema de Protección Social y con las concordancias normativas que corresponden.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Colombia hasta el año 2003, las inquietudes de actualización legislativa en el Sistema General de Seguridad Social de Salud, fueron pocas en comparación con la situación presentada después de la citada fecha. En los primeros doce (12) años de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizado con la Ley 100 de 1993, las mayores inquietudes se aplicaron en lo atinente al subsistema de pensiones, al punto de adoptarse una reforma Constitucional contenida en el Acto Legislativo número 1º de 2005, en procura de garantizar la sostenibilidad y el equilibrio del Sistema, en armonía con las inquietudes macroeconómicas del país.

Se debe tener en cuenta que el mayor esfuerzo de lo que interesaba a políticas públicas en lo referente a la salud, se orientaron a las instituciones y procedimientos aplicables al Régimen Subsidiado de Salud con base en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales Sisben. Como también la operatividad, el manejo, flujo, controles y referencia de los recursos frente la corrupción, desvío de dinero e intromisión indebida de actores ilegales en el funcionamiento en distintas regiones del país.

De acuerdo a lo anterior, el tema de la salud, que hasta un determinado momento habría permanecido oculto para las dimensiones de posibles reformas, salió a relucir con inusitada energía, constituyéndose así en la principal preocupación de

la agenda social del Gobierno y de la comunidad en general, en relación con su tránsito y trámite en el Congreso de la República, con miras a obtener una reforma no estructural al régimen de salud organizado por la Ley 100 de 1993.

Es así como se han producido fuertes ajustes y permanentes intentos por modificar y adoptar reformas al sistema. Una gran oleada se ha estado presentando por la acción judicial, tanto en sede particular de protección de derechos, por la vía de acción de tutela, como en sede de control constitucional objetivo, por la vía de acción pública de constitucionalidad.

Fue durante un largo proceso de reformas lo que concluyo con la adopción de la Ley 1122 de 2007, reforma amplia pero insuficiente para afrontar los retos de la salud, al punto que en el 2009 el gobierno nacional reconoce la crisis del sector debido al crecimiento inusitado de beneficios no POS. La más reciente reforma al sistema de seguridad social en salud se da paralelo al cambio político y con una serie de reformas producto de el plan de beneficios definido hasta el 2009, un plan impreciso con muchas limitaciones que han traído con sigo una serie de tutelas de derecho a la salud y acceso a los servicio de salud, causando congestiones judiciales.

Además, se le suma el problema de algunas EPS que han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes, por no cumplir

requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte".

Toda reforma viene con un grado de buena fe de parte de la discusión por los legisladores, pero esa buena fe se trunca cuando no existe el interés tanto de los servidores del sistema como de los usuarios, los servidores anteponen sus problemas personales para brindar el servicio, y lo hacen de mala gana y groseramente, utilizan los requisitos para dilatar el servicio.

En la población de usuarios falta una cultura de la salud y una concientización asía el que le está sirviendo, y la Ley 1438 de 2011 viene a llenar ese vacío con normas de obligación a todos los que integran el sistema. Empezando por el gobierno nacional, el ministerio, y los órganos adscriptos vinculadas al sector salud, como también a los usuarios de la salud, Ordenando la difusión, la capacitación para el desarrollo de la Ley, imponiéndole obligaciones a los usuarios, creando una política nacional de participación social de promoción de la cultura de la salud, tipificando multas a las infracciones, imponiendo el principio de corresponsabilidad con el autocuidado, creando obligación de normas anti trámites, empezando la misma Ley con la prueba de accidentes de tránsito ante la aseguradora lo cual es suficiente con la declaración del médico de urgencia sobre el hecho.

Con la imposición de una cultura y una concientización del servicio ponderado y equitativo se puede lograr que los usuarios sirvan como verdaderos veedores del sistema informando cualquier anomalía, cualquier delito, o cualquier abuso en el sistema por parte de cualquiera que lo cometa.

Es necesario el estudio que determine cuál sería el impacto que está ampliación de restricciones y obligaciones conllevaría, puesto que objetivamente se puede prever que será un avance significativo para la vida en sociedad. Se configuraría la hipótesis presente en este anteproyecto la cual es que si todos colaboran con la creación de esa cultura de la salud, el servicio va a mejorar pues los recursos no se despilfarrarían trayendo consigo el tan anhelado buen servicio.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Comparar las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en el Sistema de Seguridad en Salud Colombiano.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar la historia del sistema de salud en Colombia.
- Determinar el impacto socio jurídico de la Ley 100 de 1993 en Colombia.
- Establecer las diferencias existentes entre las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.
- Determinar las semejanzas encontradas entre las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

### **3. IMPACTO INTERNO**

Resulta de mucha importancia el origen y desarrollo del sistema de salud, donde se pueda apreciar los cambios más importantes que diferentes leyes han presentado al sistema para mejora en la prestación del servicio de salud en Colombia, sistema que desde la constitución del 86, hasta la última reforma de más importancia como es la Ley 1438 de 2011, ha venido mejorando en beneficio de los más pobres.

De esta investigación se obtendrán nuevos aportes al conocimiento en lo que hace referencia a salud puesto que su trayectoria se inició desde la constitución del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, de ahí en adelante se ha venido desarrollando para beneficio de todos los colombianos. Es así como ya para la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 11 en la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable, es desde allí que se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental.

Luego de este paso fundamental dado por el constituyente de 1991, que eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio”<sup>4</sup> dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”<sup>5</sup> es importante que los usuarios también se personalicen de sus obligaciones, para garantizar un servicio con calidad.

Esos resultados son de gran importancia para la sociedad puesto que se benefician todos los colombianos, ya que eventualmente se garantiza la democracia participativa en el país, debido a que la veeduría de todos los que integran el sistema incluyendo los usuarios está siendo ejercida de manera directa por todos los usuarios mediante el ejercicio visual analítico previo a la prestación del servicio.

Frente a la problemática jurídica encontrada se pretende que realmente se dispare el compromiso que muy puntualmente nos plasma la Ley 1438 en su artículo 142 con la difusión y capacitación para el desarrollo de la Ley, donde el ministerio es encargado de dirigir y llevar a cabo la misión por medio de todos sus órganos adscritos. La obligación de la buena fe, la de informar, la del autocuidado, la del pago oportuno y la de participar en las instancias de deliberaciones veedurías y seguimiento del sistema etc., son de vital importancia para que el servicio sea oportuno y de calidad.

---

<sup>4</sup>COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución política. 1991. art 48

<sup>5</sup>COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución política. 1991. art 49



#### 4. HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD

En la historia de la seguridad que data desde 1975 que nace el sistema nacional de salud a través del decreto 056 que en su artículo primero lo define como “el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, y rehabilitación”. En adelante se dan tres periodos con muchos cambios importantes para el desarrollo del sistema y que van poco a poco mejorando la prestación del servicio de salud.

Entre los antecedentes históricos del sistema de salud, podemos rescatar desde la perspectiva de “Julio Mario Orozco Africano”<sup>6</sup>, médico cirujano máster en dirección y gestión de servicios de salud, estos tres grandes periodos en donde vemos reflejada la transición de esta, la primera; va desde la promulgación de la Constitución 1886 hasta 1950; la segunda, durante el periodo de 1970 hasta 1989; y el tercer periodo donde fue expedida la Ley 10 de 1990.

El primer periodo tuvo un gran limitante en carácter de salubridad pública, donde está se restringe a tratar aspectos de carácter sanitario, dejando a un lado la atención preventiva y curativa de salud donde los usuarios se debían financiar por

---

<sup>6</sup> OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Versión en línea. Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/e-book/Caracterizacion%20del%20mercado%20del%20aseguramiento%20en%20salud%20para%20el%20RC%20en%20colombia%20-%20jmoa.pdf> . Págs. 23- 24.

sí mismo, o financiados por entidades religiosas de caridad, para los años de 1946 se crean dos grandes entidades de salud; la primera la caja nacional de previsión, que fue creada para el sector público y el instituto colombiano de seguros sociales, para el sector privado, conocido hoy como instituto de seguros sociales.

El segundo periodo, vemos la creación de un nuevo esquema de salud que le da paso a un periodo integral en planeaciones socioeconómicas, este modelo fue el de subsidios a la oferta, donde el Estado daba los recursos económicos a la red de instituciones hospitalarias. También surge un esquema tripartito, donde la financiación para la prestación de servicios a la salud va ser responsabilidad tanto el Estado, como el empleado y el empleador, esto surge para soportar la carga de los costos del servicio de salud. Para mediados de 1975 a través del decreto 056 se crea el Sistema Nacional de Salud, un “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tiene como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, y rehabilitación” es así como lo define el artículo primero del mismo decreto. Pero al momento de ver los resultados el sistema de salud, seguía sin proporcionar una cobertura total, y terminaban siendo ineficientes y desarticulados.

El tercer periodo se da al momento que el servicio de la salud es elevado al rango de servicio público de la salud a cargo de la Nación, por la Ley 10 de 1990 de acuerdo por lo ordenado en la Constitución de 1886, así mismo desarrolla la

descentralización del sector oficial de salud y reglamenta los Artículos 356 y 357 de la misma Constitución en competencias entre la Nación y las entidades territoriales en todo lo relacionado con salud.

De 1991 con la nueva constitución que declara a Colombia como un Estado Social de Derecho, la vida es consagrada como un derecho fundamental e inviolable que de ahí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado para garantizar el mencionado derecho fundamental. En adelante muchas son las reformas tendientes a privatizar algunas empresas del Estado, con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios de salud, y que más adelante con la Ley 100 se instauro esas competencia. Promoviendo la participación de agentes privados en la provisión de servicios de salud con el esquema de solidaridad en la financiación en el aseguramiento para los más pobres. La misma Ley 100 dividió el sistema en dos regímenes.

Constitucionalmente los artículos 48 y 49 de la Carta Política de 1991 determinan la fundamentación del servicio de la salud como componente del Sistema de Seguridad Social integral implantado por la Ley 100 de 1993 partiendo de la protección social implantado por la Ley 789 de 2002, reforzado por la Ley 1122 de 2007 fortalecido por la Ley 1438 de 2011.

#### **4.1. ESQUEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

La Seguridad Social, es el sistema que hoy no ha de interpretarse exclusivamente en términos de la Ley 100 de 1993, sino que se ha reformado incorporándose en el sistema de la Protección Social. Es transcendental, pero de manera lenta se han realizado cambios, a partir de la Ley 789 de 2002 con el aval de la Corte Constitucional contenido en la Sentencia C-038 de 2004, con el Magistrado Sustanciador, Eduardo Montealegre Lynett, que obliga a reconsiderar desde sus fundamentos el tema del aseguramiento en las coberturas de las contingencias que la sociedad debe proveer como mínimo a sus asociados.

Tal antecedente es importante y evidencia la consideración de la Seguridad Social como un Derecho, un Servicio Público, una Función Pública y una Realidad Dinámica, como Circunstancia Histórica. En efecto, desde la provisión privada de servicios, pasando por la asistencia pública, la caridad, la organización de los seguros sociales de orientación Bismarckiana y la estructuración de los modelos universalistas de Seguridad Social con tendencia Beveridgiana, se aprecian los recientes ajustes en el esquema de previsión social, enfocados hoy bajo la designación de Protección Social.

Para algunos, esta nueva denominación es contraria a la Seguridad Social e impone restricciones que conducen a los Sistemas de aseguramiento de contingencias hacia estadios simplemente asistenciales con rasgos de inequidad;

para otros, la Protección Social constituye el camino de la inclusión y la igualdad progresiva. Seguramente será la inclusión y la igualdad, siempre que concluyamos que la Protección Social es la etapa cualitativa superior de la Seguridad Social, sin negarla, como en la síntesis dialéctica del proceso, la comprenda y haga surgir a una dimensión nueva, universal, la del Aseguramiento para todos. Lo cierto es que, independientemente de las denominaciones, los derechos de la Seguridad Social en el ámbito del Estado Constitucional, Social, de justicia y Democrático, representan hoy el nuevo rostro de los Derechos Humanos. Acogiendo el concepto de Protección Social que la CEPAL expone, al referirse a la necesidad de establecer un pacto social para su cumplimiento, en estos términos:

La conformación de los estados de bienestar que surgieron en el mundo desarrollado entre los años treinta y sesenta del Siglo XX, respondió a la búsqueda de Sistemas de Protección Social ante los riesgos propios de la época, vinculados al papel central del trabajo en la definición y satisfacción de los derechos de las personas. Pero desde los años setenta del Siglo XX en adelante, con los cambios que se fueron dando en la producción y en el trabajo, en los perfiles epidemiológicos y demográficos, en las familias y en los roles de género, quedaron cuestionados los tradicionales Estados de bienestar, contruidos en torno del trabajo (modelo Bismarckiano). Esto llevó a plantear con fuerza la necesidad de reforma con vista a proteger los derechos ciudadanos ante los nuevos riesgos sociales derivados de esos cambios, reformas que deben concebirse con gran cuidado para evitar la exclusión en la Protección Social.

En este contexto, el concepto de seguridad abarca nuevos ámbitos sociales que superan los clásicos y se extiende a la edad y a categorías adscritas como género y minoría étnica. El concepto se vincula cada vez más a la ciudadanía, los derechos humanos y la profundización de la democracia. Y entra en conflicto con las nuevas construcciones económicas provenientes de reordenamiento global y la volatilidad financiera.

La noción de protección social basada en derechos no se limita a respuestas asistenciales o paliativas sino que se extiende a políticas de desarrollo de capital humano y prevención de riesgos. Si bien los cambios de las políticas sociales se han traducido en una población más escolarizada y con mejores indicadores de salud, esta se enfrenta a mercados laborales que no controla, la volátiles y cambiante segmentados y precarios.

Un Sistema de Protección Social es más que una estructura institucional; es un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las que desea construir y regular su convivencia. Determina que derechos se aplican a todos, cómo se garantizan y cómo se hacen viables. Esto supone instituciones, normas, programas y recursos. Además, un pacto social para refundar la Protección Social sobre la base de derechos universalmente reconocidos no se restringe a las voluntades individuales en su aplicación ni a las metas de mercado.

Un pacto social de esa índole debe estar respaldado por una decisión de la sociedad<sup>7</sup>.

A partir de ésta consideración, podemos reconocer a Colombia como uno de los primeros países en el Continente que asume un compromiso conceptual político, al estructurar el Sistema de Protección social a partir del año 2002, con la Ley 789 de 2002.

Más que un análisis crítico al sistema de seguridad en salud y a sus principales reformas, presento desde un enfoque sobre todo jurídico, sin perjuicio de contener apreciaciones subjetivas de criterios que, con la dispensa me permito formular, en el afán de promover el debate permanente sobre una materia que sin ser especialista, se constituye en la esencia del pacto social en Colombia y de la que deben apropiarse todos los residentes en el país.

## **4.2 LA DINÁMICA EVOLUTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

La dinámica evolutiva de los esquemas de Seguridad Social se dinamiza en las últimas décadas por la recurrencia de fenómenos tales como:

---

<sup>7</sup> WIKIPEDIA, la enciclopedia libre. wikipedia.org La protección social de cara al futuro: -  
CEPAL Documento disponible en:  
[www.eclac.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf)

- **La Pobreza**, la cual viene siendo el principal factor, de acuerdo a la historia el actor social de los orígenes de los seguros sociales fue el proletariado, frente al cual la reacción política fue costear Seguridad Social ante las probabilidades de una revolución, los actores de las políticas públicas sociales de la seguridad social de la Ley 100 del 1993 son los más pobres; las poblaciones vulnerables y desposeídas, los desempleados, los que viven en zonas donde el estado no llega en todas las latitudes y con las particularidades propias de cada área geográfica del globo.
- **La Inclusión**, como un factor también de gran importancia que al emplear la orientación conceptual de la social democracia renovada, respecto de la cual la igualdad implica inclusión, es entonces cuando uno de los principales retos del estado democrático y constitucional de hoy es el de articular la igualdad con la libertad, haciendo énfasis en promover las condiciones de inclusión de sectores débiles y marginados de la sociedad plural como los desempleados, jóvenes con vocación a su primer empleo, jefes de hogar, madres que integran hogares uniparentales, desplazados por la violencia o por fenómenos naturales, migrantes, adultos mayores con capacidad de trabajo, campesinos desarraigados, trabajadores rurales estacionarios, informales, comerciantes de la calle, disminuidos físicos, entre otros. son actores sociales que demandan la aplicación de políticas prioritarias de protesta social, que reclaman una discriminación positiva como lo ordena nuestra Constitución Política.



- **La Informalidad**, el aseguramiento social se estructuro a partir de la relación formal de trabajo, pero con el crecimiento poblacional, el desplazamiento, la corrupción, la violencia, ha generado un incremento progresivo de la participación que en la economía han tenido los informales e independientes, lo cual ha reclamado una profunda revisión del problema, para lo cual era necesario estructurar un Sistema de Protección Social capaz de incorporar plenamente a los trabajadores, independientes e informales; y así lograr su aportación real a los Sistemas, como también asegurar las coberturas requeridas, bajo una reinterpretación de las ideas de trabajo y productividad, no vinculadas al concepto de empleo subordinado y remunerado.
- **La Globalización**, la internacionalización de las relaciones humanas, sociales y económicas nos proyecta sin duda a mayores retos respecto a los Sistemas de aseguramiento, en consideración a los flujos de capitales, las relaciones y responsabilidades entre países con distintos niveles de desarrollo, la aplicación práctica de los derechos sociales en los países, como la movilidad de personas, las migraciones y las nuevas formas de trabajo que plantean una Protección Social también global, con sus normas internacionales y sus propios tribunales.

- **La Fundamentalización** de los derechos sociales, los pensamientos constitucionales que se tomen sobre los derechos de la segunda generación y, particularmente entre los que hacen referencia y tienen que ver con la Seguridad Social en salud, han sido reconocidos ya como materia de protección preferente por los Sistemas Jurídicos, bien sea por conexidad con derechos fundamentales o por su aplicación inmediata respecto a sujetos con especial protección constitucional por ejemplo los niños y los adultos mayores, o por su precisión legal a través de los planes de beneficios del Sistema de Salud.
- **Los avances tecnológicos**, Como lo son también las exigencias del Posmodernismo, el cual es un hecho de particular acontecimiento en el ámbito de los Sistemas de Protección Social en Salud, en cuanto las ciencias y las tecnologías que se colocan al servicio de la humanidad, un sin número, de progresivas y cambiantes herramientas para la generación de condiciones de bienestar, así como también las contradicciones éticas de particular importancia en lo que respecta al uso de procedimientos y métodos de control sobre fenómenos asociados a la vida humana misma, que son inadecuadamente empleados y que hacen surgir medios de posible destrucción o afectación de la vida y de la salud.

- **Los Cambios demográficos y las poblaciones.** Es importante resaltar la denominada transformación de la pirámide poblacional, con el consecuente fenómeno del envejecimiento de las sociedades. Más personas viven, en promedio, mas años que antes y demandan nuevos servicios y bienes meritorios, de mayor amplitud y siempre los cuales siempre serán escasos, en aspectos puntuales del derecho a la salud, es así como aparecen temas de tanta importancia como los relacionados con los cuidados de largo plazo, aquellos que se deben a las personas adultas mayores para hacer llevadera, digna y productiva su ancianidad, frente a mayores expectativas de vida y más cualificadas y eficientes tecnologías de provisión de servicios médicos.

#### **4.3 LA SALUD COMO BIEN FUNDAMENTAL Y SU IMPORTANCIA.**

Es muy importante establecer el ámbito de investigación en torno a la Ley que tiene que ver con el concepto de Salud, pues se trata de un ordenamiento que regula el Servicio de Salud en Colombia, y que genera nuevas condiciones para el acceso a tal derecho en el país.

Salud, es sin duda de una noción que puede ser asumida desde diferentes ópticas, pero que entraña un elemento esencial común, en tanto se refiere a un estado o a una condición del ser humano.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, por salud se entiende el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, así como “la ausencia de enfermedad”<sup>8</sup>.

Tal significado implica la normalidad en el desenvolvimiento de las funciones orgánicas del ser, lo cual genera de entrada reflexiones en torno a su alcance; piénsese en efecto el contenido de dicha normalidad, en temas como el crecimiento humano, la fertilidad y el envejecimiento, frente a los cuales la ciencia contemporánea presenta alternativas de manejo y “corrección” que se reclama por los “usuarios” de los Sistemas de Salud.

Según la –OMS- Organización Mundial de la Salud, señala que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencias”,<sup>9</sup> noción que plantea por su parte un criterio de gran amplitud e indeterminación, si se asume el concepto según el cual la salud implica es el no padecimiento de enfermedad, precisar el ámbito del derecho correspondiente en esos términos sería inofensivo, pues en sentido estricto la persona no tendrá una facultad jurídica para no sufrir enfermedad, siendo ésta una condición natural.

---

<sup>8</sup> Diccionario de la Real Lengua Española. Vigésima segunda edición. Edición. (2010). Disponible en línea en <http://lema.rae.es/drae/>.

<sup>9</sup> Medicina natural. Documento disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-medicina-natural/a-salud-oms.html>.

En esos términos es pertinente afirmar, que la salud es un estado de existencia, no algo que pueda ser dado y por ello reclamar un derecho a la salud no tendría mayor sentido que reclamar el derecho a la belleza. Cuando se habla de Derecho a la Salud se hace referencia al fenómeno de garantizar al ser humano ciertas prestaciones que le ayuden a mantener o recuperar su salud física y mental.

La Constitución Política, señala el reconocimiento de la salud como bien constitucional inherente al ser humano, que se reconoce como Derecho Fundamental. Esto lleva a una interrogación de mucho valor, y es ¿hasta dónde se compromete la acción del Estado en su cuidado y preservación? Y esto es en el concepto de cuáles son las condiciones mínimas y aceptables y el nivel de garantías y procedimientos que se deben cubrir públicamente para el mantenimiento y la recuperación de la salud.

La salud viene a ser un bien constitucional cuya obtención como derecho implica la consideración histórica sobre las condiciones económicas de la sociedad y por tanto se ubica en el contexto de los derechos prestacionales que demandan una concreción política a través de normas y una ejecución administrativa, mediante la asignación de recursos que para su satisfacción se requiera, claro está en el grado de las posibilidades materiales de los recursos del Estado por medio del sistema.

En el caso de Colombia, si bien se ha reconocido el carácter prestacional del denominado Derecho a la Salud, también la Corte Constitucional ha precisado desde 1992 los elementos necesarios para que pudiera ser protegido por la vía de la tutela como derecho fundamental y autónomo, en conexidad con casos concretos de personas con protección constitucional especial, los menores, los adultos mayores, o porque se incumplen beneficios que están por fuera del POS y que han sido negados, entendido éste como la materialización de los mínimos derechos aceptados por la sociedad.

Frente al bien de la salud todos los usuarios han de reconocer otra precisión conceptual. La salud, o mejor, las alternativas para su prevención mantenimiento y recuperación, se expresan jurídicamente como derecho. Esto es, el derecho de todas las personas al acceso a los Servicios de Promoción, Prevención, Protección y Recuperación de la salud acompañada de la prestación de un buen tratamiento eficaz y oportuno.

Inicialmente el tema de dicho servicio correspondía a las familias o, a los allegados de la víctima de la afectación al bien de la salud o, a los empleadores.

Paulatinamente la sociedad política fue asumiendo, en forma paralela con el tránsito entre el Estado Liberal y el Estado Social de Derecho, la responsabilidad en la ejecución del aludido servicio, hasta entenderse hoy como un servicio público, que corresponde a una función esencial del Estado.

Así las cosas y luego algunos comentarios sobre el bien de la salud y su entendimiento positivo como la realización de las acciones y medidas para garantizar el bienestar y la normalidad en el desenvolvimiento del ser humano – y no exclusivamente una visión negativa como la ausencia de enfermedad-, nos encontramos con puntualizaciones de base.

La salud como bien se expresa, es un derecho correlativo, del cual emerge un deber para el individuo, satisfaciéndose aquel derecho mediante un servicio. La prestación de ese Servicio Público de Salud implica la estructuración de un Sistema, dentro del cual operan actores, mecanismos y procedimientos, recursos financieros y esquemas de decisión, control y vigilancia, que son definidos por cada sociedad.

El origen histórico de la salud entendida como derecho social, surge con el nacimiento de la Seguridad Social con las leyes de protección surgidas como reivindicación a las pretensiones de la clase proletaria, para los trabajadores en caso de enfermedad por la misma época del surgimiento del primer Sistema de Seguros Sociales, fundado en el aporte solidario Tri-partita: Estado, empleadores y trabajadores; y como remedio preventivo a una revolución social. Por entonces se reconoce ya la responsabilidad del Estado en la preservación y recuperación de la salud de sus ciudadanos. La evolución del Estado de Bienestar contemplará el avance en cuanto al reconocimiento de la salud como un Servicio Público.

La caridad será reemplazada por la noción de la Asistencia Pública, a un tiempo con el reconocimiento de la salud como capítulo esencial dentro de la noción de los Seguros Sociales. Esto es: para los trabajadores se reconocen unas prestaciones sanitarias y luego económicas prestadas por el empleador y luego por el Sistema del Seguro Social, mientras que para la población en general el Estado asume responsabilidades directas en materias relacionadas con la salud pública y con la asistencia a grupos pobres, particularmente mediante redes públicas de atención hospitalaria y en coordinación con las redes privadas de mutua ayuda. Será en la primera mitad del Siglo XX cuando se reconozca a la salud la condición de Derecho propiamente dicho.

Con la aparición de las enfermedades como uno de los males o enemigos de la humanidad, y a partir de entonces es claro que dentro del Sistema de Seguridad Social, la salud constituirá uno de sus componente esenciales, tanto en lo atinente a la preservación y recuperación de la enfermedad general, como en lo que respecta en los accidentes y enfermedades ocasionados con motivo del trabajo, y en lo relacionado con la maternidad. La norma mínima de la OIT en materia de Seguridad Social da cuenta de esa inclusión conceptual desde 1952, la misma que se ha conservado hasta nuestros días.

Ello significa que la salud se entiende como un componente propio del servicio público de la Seguridad Social, hoy diríamos de la Protección Social, bajo



responsabilidad del Estado, no obstante el diseño político que cada sociedad ejecute en cuanto al Sistema requerido para su satisfacción.

Por su parte, el Artículo 32 de la Constitución Italiana prescribe: “La República protege la salud como fundamental derecho del individuo en interés de la colectividad y garantizará curas gratuitas a los indigentes.”<sup>10</sup>

La Constitución de España en el Artículo 43 establece: “se reconoce el derecho a la protección de la salud”, fijando las responsabilidades a cargo de los poderes públicos”<sup>11</sup>.

A partir de 1980 acontecería el proceso de la Constitucionalización del bien de la salud, así como la maduración del tránsito hacia su internacionalización, resaltándose como se consagra desde antes en varios instrumentos internacionales, entre ellos, la Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1946, la Declaración Universal de los Derechos humanos de 1948, la carta Social Europea de 1961, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales de 1966 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana

---

<sup>10</sup> REGIONE LOMBARDIA. Derechos y deberes de las personas en el hospital. Documento disponible en: [www.aogarbaginate.lombardia.it/salviniweb/multiethnico/DDPO\\_sp.pdf](http://www.aogarbaginate.lombardia.it/salviniweb/multiethnico/DDPO_sp.pdf)

<sup>11</sup>Ética y legislación en enfermería. Artículo disponible en: [www.aniortenic.net/apunt\\_etica\\_legislac5.htm](http://www.aniortenic.net/apunt_etica_legislac5.htm).

sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988.

La protección a la salud se reconoce como una prestación obligatoria dentro de los Sistemas de Seguridad Social, porque obedece a un Derecho y a un Deber propios del ser humano, cuya ejecución estará a cargo de un Sistema dentro del ámbito de aquella, bajo diseño y dirección del Estado y con ejecución a cargo de éste, mayor o menor medidas, quedando siempre a salvo la alternativa de la prestación de servicios de prevención, promoción y recuperación de la salud como tarea privada, financiada con recursos de tal naturaleza, pues la salud como bien, no pierde su condición privada, que compromete en todo caso, efectos colectivos, nacionales y transnacionales, mejor aún, globales.

## **5. DESARROLLO DE LA LEY 100 DEL 93**

### **5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA REFORMA.**

Colombia a partir de la década de los noventa adopta una profunda reforma estructural a su sistema de seguridad social, particularmente en el ámbito de la salud, implementando un modelo de aseguramiento universal, con sustitución de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda.

Con la implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud organizado por la Ley 100 de 1993, las principales políticas fueron encaminadas al subsistema de pensiones, al punto de adoptarse una reforma constitucional contenida en el Acto Legislativo No. 1 de 2005 en procura de garantizar la sostenibilidad y el equilibrio del Sistema, en armonía con las inquietudes macroeconómicas del país.

Otro de los puntos de mayor interés este si en salud se orientaron a la disposición por universalizar el sistema y a las instituciones y procedimientos aplicables al Régimen Subsidiado de Salud. Inclination lógica si se considera la realidad socioeconómica y el propio establecimiento del Sistema de Protección Social, en cuanto a garantizar el acceso a los servicios básicos de Salud, en particular a las poblaciones vulnerables de menores ingresos quienes se les cubrirá mediante la asignación de subsidios por beneficiarios subsidios a la demanda, y No a través

de la asignación de recursos - subsidios – a los prestadores o subsidios a la oferta.

En especial es preciso hacer referencia a los ajustes normativos contenidos en las Leyes 715 de 2001 y 812 de 2003.

La Ley 715 de 2001 derogó la Ley 60 de 1990, y ésta a su vez fue modificada por la Ley 100 de 1993.

La Ley 715 de 2001 desarrolla los preceptos constitucionales adoptados por el Acto Legislativo No. 01 de 2001 en lo atinente al establecimiento y el desarrollo del Sistema General de Participaciones, artículo: (1 de la Ley 715 de 2001).

La Ley en comento (Ley 715 de 2001) consagra el régimen aplicable a la distribución, flujo y destinación de recursos que la Nación transfiere a las Entidades Territoriales o por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política Colombiana. La distribución se hace de la siguiente manera: Previa deducción del 4% que se transfieren a los Entes Territoriales parágrafo 2 del Artículo 2 de la Ley 715. Para el sector educativo le corresponde el 58.5%, Para el sector salud el 24.5% y con propósito general el 17%, este para actividades de saneamiento ambiental, agua potable y otras finalidades sociales. (Artículo 4 Ley 715 del 2001).

Con la asignación de recursos a partir del Sistema General de Participaciones, se asignan responsabilidades a las Entidades Territoriales tanto en las áreas de educación como de Salud.

La Ley 715 de 2001 le atribuye a los Entes Territoriales tareas en el ámbito de la dirección territorial correspondiente frente al sector salud, así como roles en salud pública, vigilancia sobre el aseguramiento y prestación de servicios de Salud, conforme al Plan Nacional vigente.

Le corresponde a los Departamentos en particular gestionar de manera oportuna, eficiente y con calidad la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, mediante Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud -públicas o privadas, tal como lo señala el Artículos 43, numeral 43.2.1, de la Ley 715 de 2001, así como también Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la atención primaria en salud a nivel Departamental y Distrital, tal como lo indica el Artículo 43 numeral. 43. 3.10 de la Ley 715 adicionado, por el artículo 5 de la Ley 1438.

En cuanto a los municipios, por su parte, se les atribuyen funciones de dirección en su jurisdicción, actividades de Salud pública y de aseguramiento de la población pobre cubierta por subsidios a la demanda. A dichos entes corresponderá la identificación y selección de beneficiarios de los subsidios, así como la celebración de contratos para el aseguramiento de la población pobre, lo

preceptúa el Artículo 44 numeral 44.2.2 de la Ley 715 de 2001. Como también coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la atención primaria en salud a nivel municipal; el Artículo 44 numeral 44.3.7., de la Ley 715 Adicionado por el Artículo 5º, de la Ley 1438 de 2011.

El Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, derogó el último inciso del Artículo 152 de la Ley 100 de 1993, atribuyéndole la competencia para desarrollar las acciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad a los Distritos y Municipios.

El Artículo 14 (f) de la Ley 1122 del 2007 le da competencia a las EPS del Régimen Subsidiado para que a través de la Red Pública desarrollen las acciones de Promoción y Prevención; Sin embargo, el Artículo 10 de la Ley 1438, hace responsable al Gobierno Nacional de esas políticas de salud, pilares de la estrategia de atención primaria en salud, sin perjuicio de la responsabilidad que tienen las EPS al administrar los recursos.

El Artículo 44 en su único párrafo de la Ley 715 de 2001, también prescribió que ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes, generándose la obligación de articular los existentes a la red departamental.

En el Artículo 51 de la Ley 715 se consagran porcentajes mínimos obligatorios de contratación con la red pública por parte de las administradoras del Régimen

Subsidiado de Salud, equivalentes en principio al 40% del valor de la UPC – Unidad de Pago por Capitación-subsidiada efectivamente contratada por la respectiva administradora; en caso de existir en el municipio o distrito hospitales públicos, de mediana o alta complejidad del orden territorial, la proporción mínima será del 50% del valor de la UPC.

La Ley 1122 del 2001 aumenta el porcentaje mínimo al 60% como también a las EPS de naturaleza pública del Régimen Contributivo, también deben contratar el 60% como mínimo.

Igualmente la Ley 715 en su Artículo 57 regula el establecimiento de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, creados para el manejo y administración de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud. El literal b del artículo 13 de la Ley 1122 dice que el manejo se hará en tres (3) cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una, así: 1.- Recaudo y gasto en salud pública colectiva. 2.- Régimen Subsidiado de Salud. 3.- Prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidio a la demanda.

Los Entes Territoriales podrán destinar, con esfuerzo propio, recursos para la ampliación de cobertura en salud, garantizando en todo caso la continuidad del aseguramiento por lo menos por un período de cinco (5) años, así está establecido en el párrafo 2º, del Artículo 48 de la Ley 715 del 2001.

El literal e) del artículo 11 de la Ley 1122 del 2007, indica que esos recursos deberán estar garantizados de manera permanente.

Adviértase la diferencia que existe en las leyes mencionadas, es decir, en la Ley 715 de 2001, se estableció que la continuidad del aseguramiento era por lo menos 5 años; a contrario sensu en la Ley 1122 de 2007, se establece que el aseguramiento debe ser de manera permanente.

## **5.2 SIGLAS Y DEFINICIONES**

- ▶ **BENEFICIARIO:** Es la persona dependiente de un afiliado que tiene derecho a las prestaciones establecidas en la Ley, previo el lleno de los requisitos correspondientes. Es una calidad temporal pues por edad o situación económica se puede perder.
- ▶ **CEPAL:** Comisión Económica para la América Latina y el Caribe perteneciente a la ONU.
- ▶ **COMISION DE REGULACION EN SALUD (CRES):** unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial adscrita al MPS.



- ▶ **COPAGOS:** Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se aplicarán únicamente a los afiliados beneficiarios.
- ▶ **CUOTAS MODERADORAS:** Son aportes en dinero que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso en las EPS. Serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios.
- ▶ **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE):** Son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, cuya finalidad es la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las Entidades Territoriales.
- ▶ **ENTES TERRITORIALES:** Son entidades territoriales los departamentos, municipios, distritos y los Territorios Indígenas. La Constitución de 1991 establece a Colombia como una República Unitaria que se divide administrativa y políticamente en 33 divisiones: 32 departamentos, los cuales son gobernados desde sus respectivas ciudades capitales, y un único Distrito Capital (Bogotá). Los departamentos forman regiones geográficas, culturales y económicas. Adicionalmente, existen los Distritos Especiales y las Áreas Metropolitanas. Los primeros corresponden a centros urbanos de importancia nacional como el Distrito Capital de Bogotá

y los segundos corresponden a la integración subregional de las capitales departamentales. La soberanía recae sobre la Nación como unidad y, a su vez, Colombia posee una descentralización administrativa por medio de la cual gran parte de la administración del Estado se reparte entre los 32 departamentos y sus municipios. Los territorios indígenas en Colombia son creados de común acuerdo entre el gobierno y las comunidades indígenas.

En casos donde los territorios indígenas abarcan más de un departamento o municipio, los gobiernos locales administran de forma conjunta con los consejos indígenas dichos territorios, tal como está establecido en los artículos 329 y 330 de la Constitución de Colombia. Igualmente los territorios indígenas pueden llegar a tener carácter de Entidad Territorial cuando cumplen los requisitos de la ley. Los territorios indígenas en Colombia se encuentran en mayor parte en los departamentos del Amazonas, Cauca, La Guajira, Guaviare y Vaupés.

- **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (EPS-C):** Son el núcleo organizativo básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo. Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, del recaudo de las cotizaciones y de la prestación del POS.

- ▶ **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (EPS-S):** Son el núcleo organizativo básico del Régimen Subsidiado en salud. Son las entidades responsables de la afiliación de los afiliados a este régimen y de la prestación del POS-S.
  
- ▶ **FINDETER - Financiera de Desarrollo Territorial S.A.** Su creación fue autorizada por la Ley 57 de 1989, es una sociedad anónima del orden nacional, constituida con la participación exclusiva de entidades públicas, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente; sometida al régimen previsto para las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Es una Entidad de redescuento, creada por el Gobierno Nacional, para financiar las iniciativas de inversión que contribuyan al desarrollo de las comunidades y promuevan el progreso del país. <http://www.findeter.gov.co>.
  
- ▶ **FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA (FOSYGA):** Es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social que se manejará por encargo fiduciario, en conformidad con el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. Para el manejo de los recursos el FOSYGA tiene cuatro (4) subcuentas que se manejan con independencia unas de otras. <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-136478.html>.

- ▶ INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS): Son las instituciones que prestan servicios de salud. Pueden ser oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias.
- ▶ PLAN DE ATENCION BASICA (PAB): Es un plan de carácter gratuito y obligatorio financiado con recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementado con recursos de los Entes Territoriales.
- ▶ PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (POS-C): Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos a que tiene derecho todo afiliado al régimen contributivo.
- ▶ PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (POS-S): Es el conjunto de servicios de atención en salud al que tiene derecho todo afiliado al Régimen Subsidiado.
- ▶ PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS) Son conjuntos de servicios de salud contratados mediante la modalidad de prepago cuya financiación estará a cargo exclusivamente de los afiliados al Sistema.
- ▶ PREEXISTENCIAS: Enfermedades adquiridas previamente al ingreso a la EPS.

- ▶ **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.** Es un Sistema de Seguros perteneciente al Estado que proporciona recursos financieros y servicios médicos a las persona impedidas por enfermedad o por accidente. “Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”<sup>12</sup>.
  
- ▶ **SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES** El Sistema de Riesgos Profesionales, existe como un conjunto de normas y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, además de mantener la vigilancia para el estricto cumplimiento de la normatividad en Salud Ocupacional.

---

<sup>12</sup>MORENO, María y GARCÍA Leyvis. Sistema de Seguridad Social. Monografías. Documento disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/segsocdf/segsocdf.shtml>

- ▶ SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACION. La Ley 715 de 2001 desarrolla los preceptos constitucionales adoptados por el Acto Legislativo No. 01 de 2001 en lo atinente al establecimiento y el desarrollo del Sistema General de Participaciones, Artículo: 1 de la Ley 715 de 2001 Artículo 1º. NATURALEZA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los Artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente Ley.
  
- ▶ SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE SALUD. Se crea en el año de 1977 como entidad cuya competencia, funciones, organización y sujetos de vigilancia presenta una tendencia al aumento de funciones y de intervenciones, en la medida que se amplían los seguros, recursos y riesgos en el Sector Salud. Se crea la Entidad como Superintendencia de Seguros de Salud, donde en concordancia con el Decreto Ley 1650 ejercía estricto control y eficiente vigilancia a la administración y los servicios y prestaciones de la salud correspondientes a los seguros sociales obligatorios, de conformidad con las normas del Sistema Nacional de Salud, como sujeto el Instituto de Seguros Sociales -ISS.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> SUPERSALUD. Noticias. Archivo disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud>.

- ▶ **UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO (UPC-C):** Es una cuota de valor anual que recibirán las EPS por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria para garantizar la prestación de los servicios contemplados en el POS-C durante ese período de tiempo.
  
- ▶ **UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (UPC-S):** Es una cuota de valor anual que recibirán las EPS por cada persona afiliada y su familia para garantizar la prestación de los servicios contemplados en el POS-S.
  
- ▶ **USUARIO:** Es la persona que en el régimen de salud utiliza los servicios del sistema. Puede ser afiliado cotizante o beneficiario.

### **5.3 ORGANISMOS INTEGRANTES DE SISTEMA.**

1. CRES (Comisión de Regulación en Salud)
2. EPS: (Entidades Promotoras de Salud)
3. ESE: (Empresa Social del Estado)
4. ETESA (Empresa Territorial para la Salud)
5. FOSYGA: (Fondo de Solidaridad y Garantías)
6. INS (Instituto Nacional de Salud)
7. INVIMA (Instituto Nial. de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos)
8. IPS: (Instituciones Prestadoras de Servicios)

- 9. MPS: (Ministerio de Protección Social)
- 10. SNS (Supersalud). Ver SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE SALUD.
- 11. ARP Aseguradora de riesgos profesionales.
- 12. SUPERSALUD. Ver SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE SALUD<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Fuente: Supersalud en línea. Información disponible en:  
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud>.



## **6. ANALISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011.**

### **6.1. ORIGEN CONSTITUCIONAL DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011.**

Las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 se entienden como desarrollo de los preceptos del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia y de los incisos 1 y 2 del Artículo 152, de la Ley 100 de 1993.

Artículo 49º. Constitución Política de Colombia de 1991, es la base fundamental del sistema de salud, cuando nos dice que “son servicios públicos a cargo del Estado” y que el mismo Estado garantiza a todos “el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

También le “Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley”.

El mismo Artículo 49 de la constitución dice que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, con participación de la comunidad. La cual será gratuita y obligatoria, para las personas sin capacidad de pago.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad, aplicando el principio de corresponsabilidad el cuidado de la salud tiene que empezar por la persona misma pues ella es la que sabe que siente pero esto también conlleva a que esa misma persona sepa que no se puede abusar de ese servicio.

Los inciso 1 y 2 del Artículo 152 de la **Ley 100 de 1993**, ya nos habla del objeto de la ley 100 dentro del sistema de protección social para salud, y dicho objeto además de establecer el sistema de seguridad social, desarrolla sus fundamentos y determina la dirección del sistema, su organización y su funcionamiento como también sus normas administrativas, financieras y de control a las obligaciones que emanan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema general de Seguridad Social en salud son muy claros, el principal es regular el servicio público esencial de Salud y crear condiciones de acceso a todo habitante del territorio nacional, al servicio de salud en todos los niveles de atención.

De manera particular, el Artículo, el 152 de la Ley 100 desarrolla y modifica lo dispuesto por el numeral 3, del Artículo 6º de la Ley 100 de 1993 en materia de objetivos del Sistema de Seguridad Social integral.

Los objetivos en el Artículo 6 de la Ley 100 son: el primero garantiza la prestación económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o tienen capacidad de pago, el segundo garantiza los servicios complementario, y el tercero ya habla de ampliación de cobertura hasta que toda la población mediante el principio de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

Este artículo 6 de la Ley 100 unifica la normatividad y la planeación del Sistema de Seguridad Social Integral, y coordina a las entidades prestadoras del servicio, para obtener las finalidades propuestas.

Lo anterior se complementa con el Artículo 1º de la Ley 789 de 2002 que dice que “el Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”.

Es así que la ley 789 cambia del Sistema de Seguridad Social al de Protección Social y le aplica la calidad regulada en el numeral 9º del Artículo 153 de la Ley 100 de 1993, que tiene que ver con el principio de calidad. Ordenando al sistema “establecer los mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

La misma Ley 100 en su Artículo 154, confirma la intervención del Estado en el Servicio Público de Salud conforme a las reglas de competencia en orientación prioritaria al mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios afiliados, aplicando los Artículos de la Constitución Política 48, 49, 334 y 365 a 370, 366, 367, 368 y 369 artículos los cuales dan base de la Ley 100.

Es importante observar que la Ley 100 de 1993 sigue siendo el eje fundamental del sistema, y aunque numerosas han sido las posteriores reformas, esta Ley 100 sigue siendo su eje y esto es producto de que dicha Ley fue el producto de lo ordenado en la Constitución de 1991, en adelante las más importantes reformas se han dado de acuerdo a las falencias y novedades del sistema.

Es así como la Ley 1122 de 2007 en su objeto dice que su finalidad es realizar ajustes al sistema de salud y también recalca como prioridad el mejoramiento en la prestación del servicio a los usuarios, con ese fin y para una mejor organización

De manera particular, el artículo, el 152 de la ley 100 desarrolla y modifica lo dispuesto por el numeral 3, del artículo 6º de la Ley 100 de 1993 en materia de objetivos del Sistema de Seguridad Social integral.

Los objetivos en el artículo 6 de la ley 100 son: el primero garantiza la prestación económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o tienen capacidad de pago, el segundo garantiza los servicios complementario, y el tercero ya habla de ampliación de cobertura hasta que toda la población mediante el principio de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

Este artículo 6 de la ley 100 unifica la normatividad y la planeación del Sistema de Seguridad Social Integral, y coordina a las entidades prestadoras del servicio, para obtener las finalidades propuestas.

Lo anterior se complementa con el artículo1º de la Ley 789 de 2002 que dice que “el Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”.

Hace reformas en la dirección, universalización, financiación, y equilibrio, así como también le da más facultades a la Superintendencia de Salud dándole formas de pronta solución de problemas en conciliación.

La ley 11438 de 2011 tiene por su parte la finalidad de realizar un fortalecimiento del ajuste hecho por la Ley 1122 al Sistema de Seguridad Social en Salud y para ello se revive una figura antigua la cual es una estrategia La atención primaria en salud, que permite una acción coordinada entre el Estado las instituciones y la sociedad, buscando la tan anhelada calidad incluyente equitativa y justa.

## **6.2 CARACTERÍSTICAS Y FORTALEZAS DE LAS REFORMAS.**

Las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia efectuadas mediante la Ley 1122 de 2007 y su fortalecimiento con la Ley 1438 de 2011, permiten descubrir algunas características que le resultan esenciales, bien en cuanto a su naturaleza y forma de adopción, bien en lo que tiene que ver con el contenido de sus disposiciones.

### **LEY 1122 DE 2007**

*Es una reforma no estructural*, pues como se observa su finalidad es no mover su estructura retomando el espíritu de la Ley 100 de 1993 y realizar los ajustes que demandaba el pasar del tiempo, con las dificultades de un ciclo económico, lo

cual implicaba partir de considerar las bondades del Sistema de Salud estructurado en la década de los noventa, reiterando el compromiso con el modelo de aseguramiento para actualizar el Sistema y principalmente atender los reclamos por la Protección Social de los pobres y vulnerables.

1º *Es Fiscalista* pues su propósito más importante es lograr la universalización de la cobertura por conducto de la afiliación al Régimen Subsidiado, buscando como generar recursos adicionales para la financiación del fin y facilitar el flujo de los mismos recursos al interior del Sistema.

2º *Es necesaria*, por cuanto el proceso de cambio del Sistema de Salud, implementado a partir de las Leyes 10 de 1990, y 100 de 1993, y ajustado por la Ley 715 de 2001, exigía un ajuste de temas específicos, como compromiso de renovación del mismo en aspectos esenciales tales como la protección universal que con la Ley 100 del 93 no se había logrado, el fortalecimiento de la salud pública, la reordenación del Régimen Subsidiado, la revisión del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

3º *Es integral*, pues concibe la continuidad entre los Regímenes Contributivo y el régimen Subsidiado. Pero a la vez deja grandes espacios a la reglamentación, la Ley exige al Gobierno Nacional la expedición de por lo menos 30 reglamentos.

4º *Es una reforma insuficiente* pues considera que la UPC unidad de pago por capitación sea entregado en forma total a las aseguradoras, sin tener en cuenta la solvencia del Sistema frente a los beneficios y al impacto de temas tales como las decisiones judiciales y el reconocimiento de los medicamentos y tratamientos excluidos, Los cuales son ordenadas por la vía de Acción de Tutela, así como mayores garantías en lo que respecta al flujo de recursos para las propias aseguradoras en sus reclamaciones por éstos conceptos.

5º *Es tranquilizadora* pues va encaminada a satisfacer las pretensiones de ajustes que venían exponiéndose desde diversos ámbitos de la vida nacional y que una vez lograda, dirige las energías de todos los comprometidos con el Sistema en su implementación. Días atrás la preocupación en el tema de Salud se concretaba en la necesidad del ajuste, hoy esto se consolida cada día sobre la mejora diaria y en particular sobre la construcción de consensos y sinergias al interior del Sistema.

*Es una reforma con calidad.* Lo dice todo en el Artículo 1º de la Ley en cuanto al objeto de la reforma, lo cual compromete de manera directa al Sistema de Salud en un propósito: la calidad, donde claramente lo dice “teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las acciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de las redes para la prestación del servicio de



6º *Es una reforma insuficiente* pues considera que la UPC unidad de pago por capitación sea entregado en forma total a las aseguradoras, sin tener en cuenta la solvencia del Sistema frente a los beneficios y al impacto de temas tales como las decisiones judiciales y el reconocimiento de los medicamentos y tratamientos excluidos, Los cuales son ordenadas por la vía de Acción de Tutela, así como mayores garantías en lo que respecta al flujo de recursos para las propias aseguradoras en sus reclamaciones por éstos conceptos.

7º *Es tranquilizadora* pues va encaminada a satisfacer las pretensiones de ajustes que venían exponiéndose desde diversos ámbitos de la vida nacional y que una vez lograda, dirige las energías de todos los comprometidos con el Sistema en su implementación. Días atrás la preocupación en el tema de Salud se concretaba en la necesidad del ajuste, hoy esto se consolida cada día sobre la mejora diaria y en particular sobre la construcción de consensos y sinergias al interior del Sistema.

*Es una reforma con calidad.* Lo dice todo en el artículo 1º de la Ley en cuanto al objeto de la reforma, lo cual compromete de manera directa al Sistema de Salud en un propósito: la calidad, donde claramente lo dice “teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las acciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de las redes para la prestación del servicio de

salud.”<sup>15</sup> La expresión prevalente de tal cometido tiene un contenido de especial repercusión, pues ubica el tema de la calidad en el centro de su dimensión histórica pues todas las acciones que se desplieguen en el Sistema, se deben asumir, interpretar y aplicar a las reformas normativas que se adopten.

8º *Es una reforma de preparación*, en especial considerando la conveniencia y la necesidad de avanzar hacia la articulación de un Estatuto orgánico o Código de la Salud en Colombia, tarea que el Congreso de la República, habrá de asumir con una diferencia a la de la reforma que se oriente por un énfasis de integración y precisión en la definición del marco normativo que rija el Derecho, el Deber y el Servicio de Calidad, eficiencia y eficacia a la salud; propósito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

9º *9º Es preferencialmente interna. A la medida que impacta directamente a los operadores del sistema, en beneficios organizativos con lo cual, de su aplicación se derivaran consecuencias de importancia para los usuarios del Servicio de Salud. En la misma medida se consagran en la Ley 1122 algunas disposiciones de particular relevancia en cuanto al aseguramiento y con implicaciones en el Régimen Contributivo, más de las que inicialmente se discurrieron como las concernientes al incremento en el monto de las cotizaciones, la reducción a los niveles de semanas previas de cotización para el acceso a beneficios del POS*

---

<sup>15</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 del 2007 (Enero 9 de 2207). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. art 1

Plan Obligatorio de Salud, como también la reducción de períodos para traslado de aseguradoras, pero en su mayoría el enfoque de la reforma tiene que ver con adecuaciones internas, que terminarán generando beneficios y consolidando derechos de fuente legal a los usuarios del Sistema que para ejemplo menciono, mayor cobertura, mayor calidad en la prestación de los servicios a los Usuarios.

### **LEY 1438 DE 2011**

1º *Es de cambio conceptual*, pues cambia los conceptos sobre el modelo de aseguramiento en salud. La reforma “Se estructura sobre la revisión de los pilares del sistema de aseguramiento en el país”<sup>16</sup> implantando ajustes de gran importancia en la definición del sistema desde lo que tiene que ver con la prestación y el acceso al servicio de salud, con la implementación de la estrategia de la atención primaria en salud el cual abarco todo el sistema y enfila un ajuste desde el interés de que el sistema sea más eficiente en la prestación del servicio creando más confianza frente las operaciones de las empresas prestadoras de servicios.

2º *Se logró por amplio acuerdo entre las fuerzas políticas*. “Se aprobó a partir de la decisión de una amplia mayoría de las fuerzas políticas actuantes en el Congreso de la República”.<sup>17</sup> Es de tener en cuenta que se tramitó considerando el

---

<sup>16</sup> CORTEZ GONZÁLEZ, Juan Carlos. Reforma al sistema de salud, Legis, Colombia, 2001, pág.127

<sup>17</sup> Ibid, pág.130

acuerdo del pacto por la unidad Nacional motivado por el gobierno Nacional y con participación de varios partidos. El Polo democrático fue el único que presentó ponencia negativa, que les fueron negadas; sin embargo, al momento de votar aprobó buena parte del articulado de la Ley 1438 de 2011.

*3º Reforma no estructural y de carácter aditivo.* Tampoco al igual que la Ley 1122 su finalidad no fue modificar las condiciones esenciales del modelo de aseguramiento en salud en Colombia. Se trata de un fortalecimiento importante a la operación del sistema, sin que implique un ajuste estructural en materia de financiación, organización, operación, derechos y beneficios. Su alcance se concreta en modificar el esquema de operación del sistema, sin incluir adecuaciones en el régimen de salud pública, ni de salud por riesgos de trabajo, ni de régimen de excepción ni otros componentes de servicio.

*Es abierta de normas en blanco.* La reforma imparte orden al Ministerio de la protección social de desarrollar y ejecutar la protesta reglamentaria, como ocurrió en la Ley 1122 de 2007, el legislador recurrió en la presente reforma a la experiencia de hacer expresa referencia al ejercicio de la facultad reglamentaria propia del gobierno nacional, por lo que se aprecia un importante número de disposiciones que podemos señalar como normas en blanco, para que sean desarrolladas por medio de actos administrativos. “El concejo de estado y la corte Constitucional han señalado en reiterada jurisprudencia que la potestad reglamentaria del gobierno nacional es una potestad constitucional inalienable,

4º intransferible e inagotable, que no tiene plazo y que puede ejercer en cualquier tiempo. además Es irrenunciable por ser una condición esencial de la administración para que cumpla su función ejecutar la Ley”<sup>18</sup>.

5º *No es fiscalista*. A diferencia de la Ley 1122 del 2007 la cual incluyó el incremento a la cotización del 0,5% esta nueva reforma a pesar de la crisis en el sistema debido a las exigencias de la universalización plena como también la unificación de los planes de beneficio igualmente para cubrir los faltantes de los recobros de las EPS frente a beneficios por fuera del POS. Su finalidad fue el fortalecimiento del sistema para “garantizar un sistema de seguridad social en salud con calidad equitativa y sostenible”<sup>19</sup>

6º *Esta Reforma es totalmente de fortalecimiento del Sistema*. Como lo dice en su artículo 1º, la Ley 1438 de 2011 en el objeto, involucra a todas las instituciones y a la sociedad como veedores con la creación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Lo que se busca es que el sistema por el cual se atiende el servicio público llamado a satisfacer el derecho humano de atención en salud se acerque a la persona y no resulte una funcionalidad pasiva y reactiva, operante únicamente en caso de dolencias.

---

<sup>18</sup> COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-28 de 1997 (Enero 25 de 1997). Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero

<sup>19</sup> Op. Cit. Cortez . Pág 142

7º *Esta Reforma busca el flujo de los recursos* porque además de las acciones penales de conformidad con el Artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuestos, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las Entidades Territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado lleva sanciones a los morosos de los pagos de las EPS a las IPS y de estas últimas a los profesionales que laboran en ellas, así lo dispone el Artículo 131 Ley 1438 del 2011.

8º *Crea un Plan Decenal. El Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Trabajo*, elaborara a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, un plan decenal en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. Cuyo plan definirá objetivos, metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de aseguramiento, y los mecanismos de evaluación. El ministerio puede modificar el plan de acuerdo a las prioridades en salud. Artículo 6 Ley 1438 de 2011.

9º 9º Reforma de control. De acuerdo a las políticas del talento humano, los programas de estudios de ciencias de la salud que requieren prácticas, deben

establecer acuerdos dentro del marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados. Se incorpora un minucioso régimen legal en relación con los hospitales universitarios, que incorpora los requisitos mínimos que deben cumplir aquellas instituciones, a partir de ajustar mínimamente los contenidos que el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007 había incorporado ya en el ordenamiento jurídico, lo cual es ratificado por el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011.

*10º Portabilidad. Se establece una garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.* especialmente lo que atañe a los afiliados por conducto del Régimen Subsidiado de Salud; lo cual hasta ahora corresponde a una regla aplicable para el Régimen Contributivo de Salud, en el numeral 3 del Artículo 178, de la Ley 100 de 1.993. Entre las funciones de las EPS contributivas está la de organizar la forma y los mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional, de conformidad con lo preceptuado en el Artículo 22 de la Ley 1438 de 2011.

*11º Segunda Instancia. Con la creación de la Junta Técnica-Científica de pares,* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el

Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud –EPS-. Con esto se instaure una segunda instancia de carácter técnico y bajo responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud, tal como lo señala el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011.

12º *Participación social. Se le impone al Ministerio de la Protección Social la adopción de una política nacional de participación dentro del sistema de seguridad social en salud cuyo objetivo es fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir las políticas públicas, participar en los ejercicios de definición de políticas, defender los derechos de la salud, incentivar las veedurías de recursos de la salud y promover la cultura del autocuidado. Con este artículo se induce a una reactivación a los principios de participación y democracia que juegan un papel fundamental en el diseño, operación y control sobre el sistema, tal como lo indica el Artículo 136 Ley 1438 de 2011.*

13º *Reforma de hechos. los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán cumplir deberes y obligaciones. Con esto se recogen disposiciones y principios que se habían desarrollado desde la Ley 100 de 1993, y se ratifican con la Ley 1438 de 2011, se llena, así un vacío normativo, especialmente en cuanto al reconocimiento de una norma especial y completa que evidencia dicha obligación, tal como lo puntualiza el Artículo 139 Ley 1438.*



*16 Anticorrupción. Se Prohíbe la práctica de otorgar prebendas o dádivas, en dinero o en especie, a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, por parte de las EPS, IPS, empresas farmacéuticas entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Siendo la primera vez que una norma que regula el sistema de seguridad social en salud, incorpore en forma directa una disposición referida al talento humano. Art 106 ley 1438.*

*14º De principios. Se observa una tendencia del Legislador en el sentido de involucrar al usuario de la salud, en todos los aspectos intrínsecos de su política nacional de participación social. Dentro de los Principios establecidos en el artículo 2º, de la Ley 100 de 1993 y el Artículo 136 de la Ley 1438 de 2011, notamos el espíritu romántico en cuanto a cambiar la mentalidad del usuario y promover la cultura de la salud bajo los siguientes principios: 1 Universalidad, 2 Solidaridad, 3 Igualdad, 4 Obligatoriedad, 5 Prevalencia de derechos. 6 Enfoque diferencial, 7 Equidad, 8 Calidad, 9 Eficiencia, 10 Participación social, 11 Progresividad. 12 libre escogencia, 13 Sostenibilidad, 14 Transparencia, 15 Descentralización administrativa. 16 Complementariedad y concurrencia, 17 Corresponsabilidad, 18 Irrenunciabilidad, 19 Intersectorialidad, 20 Prevención, 21 Continuidad.*

15º *Difusión y capacitación para el desarrollo de la Ley.* Recogiendo la disposición del artículo 246 de la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 142 le impuso la obligación al Ministerio de Protección Social hoy Ministerio de Trabajo, el diseñar y llevar a cabo un programa de divulgación sobre el sistema de seguridad social en salud; Así como la capacitación a todas las autoridades, actores, trabajadores y usuarios en general; a diferencia del Régimen anterior en que sólo era deber del Ministerio de la Protección social, con sus entidades adscritas y vinculadas.

16º . *Autorregulación y autonomía profesional.* Se reguló con la Ley 1164 de 2007, llamada talento humano, precisando que antes no existían disposiciones integradas al Régimen General del Sistema de Salud. El Artículo 1º, de la Ley 1164 define el Talento Humano en Salud como “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación y paliación de la enfermedad”. Esta disposición define los actos propios de los profesionales los cuales son autónomos en la garantía, relación profesional y usuario, la filosofía de esta disposición fue recogida en los Artículos 104 y 105 Ley 1438 de 2011.

### **6.3 SEMEJANZAS ENTRE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011.**

En síntesis, se considera que los siguientes representan los ajustes sistemáticos de mayor alcance.

#### **Cobertura Universal de Aseguramiento**

En efecto, estas reformas ratifican el modelo aplicado al Sistema a partir de la Ley 100 de 1993 y reiteran el compromiso que desde entonces se hizo con la universalidad, para hacer que se alcance un aseguramiento pleno de todos los residentes en Colombia. El Artículo 32 de la Ley 1438 ratifica el deber de afiliación a todos los residentes, el gobierno es el garantista y para eso la ley especifica los puntos a seguir cuando una persona requiera el servicio y no esté afiliado. La medida fundamental del aseguramiento se da por medio del régimen subsidiado de salud con la afiliación de las personas sin capacidad de pago mediante subsidio pleno.

#### **Integralidad del Sistema**

Las reformas contienen elementos básicos relacionados con la integralidad del Sistema de Salud; la afiliación al mismo se da por medio de un esquema de aseguramiento operado por EPS - Empresas Promotoras de Salud en los dos regímenes, se elimina la expresión Administradoras del Régimen Subsidiado de

Salud. La permanencia en uno y otro régimen se aplica para efectos del reconocimiento de derechos, así como se facilita la movilidad entre ellos. Las principales medidas en este aspecto son pues:

- a) Movilidad entre regímenes, al reconocerse con rango legal la alternativa de suspender la afiliación un (1) año al Régimen Subsidiado para las personas que accedan al contributivo y provengan de aquel.
- b) La consideración del tiempo de afiliación al Régimen Subsidiado para efectos de los cálculos de los períodos de carencia que se aplican en el Régimen Contributivo. El párrafo transitorio del Artículo 32 de la Ley 1438 acaba con el período de carencia.

### **Regulación y Dirección del Sistema**

Los cambios se concretan principalmente en la sustitución del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para una Comisión de Regulación en Salud de carácter eminentemente técnico, encargada de dictar regulaciones de alto impacto para el Sistema en materia de planes de beneficios, incluido el suministro de medicamentos, el monto de la prima de aseguramiento y la fijación de tarifas por servicios de Salud.

## **Fortalecimiento de la Salud Pública**

Se le reconoce como lo principal en su fortalecimiento de integralidad del Sistema de Salud, no aislada ni independiente, a partir de la participación social las principales disposiciones son.

- a) El establecimiento de un plan nacional de Salud pública articulado al plan nacional de desarrollo y contenido de disposiciones que orienten la labor de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) La formulación del Plan de Atención Básica a partir del Plan Nacional de Salud Pública y en su componente de intervenciones colectivas.
- c) La reasignación de responsabilidades en cuanto a la ejecución de las acciones y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cabeza de las Empresas Promotoras de Salud - EPS del Régimen Subsidiado.
- d) Elaboración de un plan decenal para la salud pública, a través de la participación social y sectorial mediante la capacitación de la ciudadanía y las organizaciones sociales para definir responsabilidades sectoriales, creando una comisión intersectorial de salud pública.

## **Portabilidad del Servicio y las Redes**

El deber de garantizar el acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional es un gran adelanto y para eso ordeno que el acceso a la atención será a través de la cedula de ciudadanía u otro documento de identidad, lo dice la ley 1438 dice que la disposición entra en vigencia en junio del 2013. Como también el deber de las EPS de “garantizar y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad.”<sup>20</sup>

## **Aplicación de Estrategia de Atención Primaria**

Siendo ésta una estrategia de coordinación, va desde el comienzo de la salud pública ósea la prevención de la enfermedad hasta el final de una enfermedad o contingencia ósea la rehabilitación del paciente para garantizar mayor nivel de bienestar. Esta estrategia se regirá por unos principios importantes que son, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial.

---

<sup>20</sup>COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011 (Enero 19 de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. Artículo 61 inciso 3

### **Creación de Segunda Instancia de Reconocimiento**

La superintendencia de lista de especialistas conformara esa segunda instancia y en término de 7 días deberá emitir el concepto, es muy valiosa esta nueva herramienta para el beneficio de los usuarios pues por ser una junta neutral.

### **Adopción de Políticas de Talento Humano**

En busca de una excelente prestación del servicio busca una orientación en el consejo nacional del talento humano en salud, y teniendo en cuenta las recomendaciones del consejo definirán las políticas para orientar la formación y la gestión de los profesionales de la salud de acuerdo a las necesidades de la población. Aquí con el Artículo 98 de la Ley 1438 del 2011 el gobierno es el encargado de organizar los lineamientos para que las instituciones y programas de formación del talento humano en salud desarrollen el perfil y competencia que responda a las características y a las necesidades en salud.

### **Régimen de Subsidio Parciales a la Cotización**

Este régimen permite a la persona a afiliarse y pagar sobre un ingreso base de cotización del 10,5% a cualquiera de los dos régimen sea el subsidiado o al contributivo y no incluirá prestaciones económicas.

## **Redefinición de los Deberes y Obligaciones para con el Sistema**

La Ley 1438 de 2007 en su objetivo se atribuye el fortalecimiento del sistema de seguridad social en salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, como vemos la atención primaria en salud permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud. Los usuarios forman parte del control, por lo tanto la misma Ley 1438 en su Artículo 139 trae una serie de deberes y obligaciones con el fin de buscar la creación de una cultura de la salud.

## **Implementación de la Política de Participación Social**

El gobierno por medio del ministerio es el encargado de definir y organizar la política de participación social cuyo objetivo es difundir, fortalecer, promover, incentivar la participación la veeduría y la cultura de la salud a los usuarios de la salud. Al mismo tiempo a las autoridades de la salud debe difundir y capacitarlos en todo lo referente a la salud para prestar un servicio con calidad.

## **La Atención Preferente**

Es de mucha importancia cuando de manera precisa la ley ordena incluir en el plan de beneficios una parte especial y diferenciada para garantizar la efectiva atención de niños niñas y adolescentes.



#### **6.4. COMENTARIOS**

LA LEY 1122 DE 2007. El Sistema de seguridad social estructurado de manera total en la ley 100 del 93 hoy no ha de interpretarse exclusivamente en los términos de la Ley 100, sino que después de transformarse en el Sistema de Protección Social establecido por la Ley 789 de 2002. Se impone de acuerdo a la problemática social ajustar normativamente la visión del Sistema a partir de Leyes posteriores, en particular la Ley 715 de 2001, el Acto Legislativo No. 01 de 2001 que resulta modificada y adicionada por la presente Ley la 11222 y la Ley 812 de 2003 o del Plan Nacional de Desarrollo, sin perder de vista la multiplicidad de actos de naturaleza administrativa que desarrollan disposiciones de rango legal para ser hoy el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La presente Ley 1122 de 2007 tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del Sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de Salud, fortalecimiento en los programas de Salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de Salud.

Se trata de una norma de naturaleza principal que expresa la razón de ser de la reforma: lograr el mejoramiento en la prestación de los servicios a los afiliados al conseguir lo dispuesto por el Artículo 6 de la Ley 100 en materia de objeto especial lo dispuesto por el numeral 3 del Artículo que implica un compromiso con la calidad, y que conlleva, necesariamente, la obligación de asegurar a toda la población, los que ostentan una vinculación laboral y los desempleados, los más pobres como también los desplazados.

Así mismo, se define la pretensión de la Ley 1122 del 2007 que es realizar ajustes al Sistema de seguridad social, sin sustituir el ya estructurado sistema de la ley 100, ni modificarlo estructuralmente. Y que la intervención del estado en el servicio de salud se oriente principalmente al mejoramiento en la prestación del servicio a los usuarios.

El artículo primero Ley 1122 de 2007 hace las veces del Prólogo e índice de la Ley, pues como lo dice Disposiciones Generales, nos deja despejado que teniendo claro el Principio, las herramientas y los modos de lograrlo, la reforma se concreta en los ajustes a algunos temas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellos: la dirección, la universalización, la financiación y el equilibrio entre actores. Se destaca que, en la explicación ilustrativa de tales temas, algunos de ellos pueden perder el interés que tienen, pues la universalidad desde la propia perspectiva constitucional, no es un capítulo del Sistema, sino que

constituye un Principio Esencial y Obligatorio por mandato de la Constitución Política Colombiana.

**LA LEY 1438 DE 2011.** De esta Ley el congreso aprobó 132 Artículos y adicionaron 13 nuevos.

1. Multas en Las Citas Médicas: Dice: la resolución 5261 de 1994 del ministerio de la protección social Art, 5 el incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes, diagnósticos o cualquier tipo de servicios que hayan solicitado previamente obliga al usuario a pagar a la EPS una multa. La Ley 1438 en su Art, 55 prohíbe cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado como el de la población vinculada. Y a su vez contempla una sustitución al respecto, por lo que establece una obligación al ministerio de la protección social el diseño de métodos alternativos de sanciones para aplicar, como la sanción pedagógica, pero la ley no especifica el alcance de la misma en el hecho de no acreditar al usuario el incumplimiento de la medida que se le imponga. Aquí se aplica el principio de transparencia pues las políticas en materia de salud deben ser claras.

2. **Obligatoriedad de Audiencias Públicas:** todas las EPS y ESE del Sector Salud, las IPS públicas tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el fin de involucrar a los ciudadanos y a las organizaciones de la Sociedad Civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión. Por medio de los indicadores en salud, gestión financiera, satisfacción del usuario y administración. Las IPS privadas harán una publicación anual por internet, tal como se ve aquí se desarrollan los principios de calidad, participación social y transparencia Artículo 109 Ley 1438.
  
3. **Atención Integral en Salud Mental:** Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del Derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas mediante atención integral en salud mental y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental. En especial a las mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física y sexual y todas las formas de maltrato que estén certificados por las autoridades competentes. Mandato que debe ser ejecutado por la Comisión de Regulación en Salud de un derecho del que son titulares los colombianos sin emplear la palabra residentes. Reiterando el régimen especial de la Ley 1257 de 2008 que da reconocimiento de sujetos de especial protección. Artículos.19, 54, 65 Ley 1438 de 2011. Este Artículo refleja los principios de prevalencia del derecho, calidad, progresividad y prevención.

4. Requisitos de funcionamiento de las EPS: El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada. Existían dos regulaciones en cuanto a requisitos de funcionamiento de las EPS, y era de acuerdo al régimen de salud al cual prestaran servicio. Éste Artículo no distingue tales categorías y le da la facultad al Gobierno para reglamentar las condiciones de operación de dichas entidades y señala de manera referencial los elementos que deberá tener en cuenta. Que son 1) número mínimo de afiliados, 2) margen de solvencia, 3) Capacidad financiera 4) Capacidad técnica 5) Capacidad de calidad para operar de manera adecuada el servicio. Artículo 24 Ley 1438. en este Artículo se ven los principios de eficiencia y sostenibilidad.

5. Competencia de conciliación: La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o, a petición de parte, en los conflictos que surjan entre el administrador del FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud EPS, las IPS Instituciones Prestadoras de Servicios, las compañías aseguradoras del SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) y Entidades Territoriales. Esta disposición adiciona y modifica el régimen contenido en el Artículo 38 Ley 1122 acudiendo al principio descentralización administrativa artículo 135 Ley 1438.

6. Aprobación de Planes Voluntarios de Salud: La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas en relación con las Entidades Promotoras de salud y medicina pre pagada estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Con verificación de la Superintendencia Nacional de Salud. El régimen de las pólizas de seguros de salud emitidas por compañías de seguros estará sujeto al estatuto orgánico del sector financiero con verificación de la superintendencia financiera. Artículo 38 Ley 1438 principio de eficiencia.
7. Prueba del Accidente en El SOAT: Para la prueba del Accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la Aseguradora del SOAT realice auditorias posteriores. Se refirma el Artículo 244 Ley 100 que la prueba del accidente es la certificación del médico. Y la adscripción a un centro hospitalario. En esta Ley solo basta la declaración del médico de urgencias. Otra modificación es la adopción de un formato por el Ministerio de la protección social en el cual queda constancia de dicha declaración. Se podría decir que se aplica el principio de calidad. Artículo 143 Ley 1438.

8. Sistema de Emergencias Médicas: Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismo o paros cardio-respiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el Sistema de Emergencias Médicas, entendido como modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre-hospitalarios de urgencias y emergencias, las formas de transportes básicos medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educativos y procesos se desarrolla el principio de prevención Artículo 67 Ley 1438.

9. Actualización del Plan de Beneficios: Este deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser publicadas y explícitas además de consultar la opinión, entre otras, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de la Organizaciones y entidades que se consideren pertinentes el plan de beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa

competente para ello. Se aplica el principio de progresividad Artículo 25 Ley 1438.

10. Restablecimiento de la salud de la mujer: la prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual no generara cobro por concepto de cuotas moderadoras o copagos sin importar el régimen de afiliación. La prestación de servicios a las mujeres víctimas de violencias incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la Ley 1257 de 2008. Aplicando el principio de calidad y prevención Artículo 54 Ley 1438.

11. Proceso de transparencia: El Gobierno Nacional y la Supersalud, en procura del proceso de transparencia y de publicidad en los servicios sesenta días (60) después de entrada en vigencia la presente Ley deberán presentar un informe del estado actual de las EPS - Empresas Promotoras de Salud donde se darán a conocer aspectos, con relación al cumplimiento de los Giros de las EPS - empresas promotoras de salud, del recaudo en cumplimiento del Plan de Beneficios. Se aplica así el principio de transparencia Artículo 110 Ley 1438.

12. Cuidadoras y cuidadores al interior del hogar. En desarrollo de la Ley 1413 de 2010 la cual persigue incluir la economía del cuidado del hogar el cual no es remunerado en el sistema de cuentas nacionales, y medir la



contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país. Para el cumplimiento de dicha misión será necesario que recurra al acompañamiento del Ministerio de la protección social como rector del sistema Los Servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el auto-cuidado de la salud de todos los miembros del hogar serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el departamento administrativo nacional de estadística. Aquí se desarrolla el principio de corresponsabilidad. Artículo 141 Ley 1438.

13. Fundaciones Sin Ánimo de Lucro: Se Adicionó un Artículo nuevo en el Titulo VI Capitulo II en el siguiente sentido: Parágrafo. Las Fundaciones Sin Animo de Lucro que venían prestando servicios como parte de la Red Hospitalaria Pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1.993, y continúan desarrollando esta actividad para los efectos señalados en los Artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007 sobre la Contratación de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales y las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado les darán a estas instituciones prestadoras de servicios de salud tratamiento de Empresas Sociales del Estado. Así mismo, dichas fundaciones y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS Públicas, podrán acceder a recursos de créditos blandos de tasa compensada y de largo plazo que otorgue el Gobierno Nacional a través de FINDETER - Financiera de Desarrollo Territorial S.A. -

u otras entidades. Con el fin de consolidar una red pública eficiente y fortalecida la Ley 1122 traía esa tendencia pero la Ley 1438 dedica parte de sus esfuerzos en dotar a las Empresas Sociales del Estado de mecanismos de respaldo para propender por su mejor funcionamiento y sostenibilidad. Aplica el Principio de Intersectorialidad Artículo 68 Ley 1438 de 2011.

## **6.5. SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL**

Según el Artículo 154 de la Ley 100, el estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, conforme las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos, 48, 49, 334, 365, de la Constitución Política. El mismo Art 154 de la Ley 100 busca entre sus logros en el literal c) desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.

La Superintendencia de Seguros de Salud se crea a la par con el sistema de los Seguros Sociales con el Decreto 1650 de 1977. Su denominación actual se la da la Ley 15 de 1989. Norma que extendió su radio de acción en materia de inspección, vigilancia y control, y de actividades de servicio de asistencia pública en salud. Con el artículo 20 transitorio de la Constitución Política el organismo es reestructurado en virtud del Decreto 2165 del 1992, el cual es ampliado por el

Artículo 233 de la Ley 100 del 1993, que le adiciona al Artículo 7 del Decreto 2165 del 1992 nueve funciones a la superintendencia. La Historia muestra el desarrollo institucional de una entidad cuya competencia, funciones, organización y sujetos de vigilancia presenta una tendencia al aumento de funciones y de intervenciones, en la medida que se amplían los seguros, recursos y riesgos en el Sector Salud.

En el año de 1977, se creó la entidad como Superintendencia de Seguros de Salud, donde en concordancia con el Decreto Ley 1650 ejercía estricto control y eficiente vigilancia a la administración y a los servicios y prestaciones de la salud correspondientes a los seguros sociales obligatorios, de conformidad con las normas del Sistema Nacional de Salud, como sujeto el Instituto de Seguros Sociales -ISS.

En 1989, el Congreso de la República aprobó la Ley 15 de 1989, por la cual se expiden normas sobre la organización, financiamiento y control de los servicios de salud y asistencia pública, se reorganiza la Superintendencia de Seguros de Salud y se dictan otras disposiciones, y específicamente en el Capítulo II se establecía la Estructura, Organización y Funciones de la Superintendencia. Ésta Ley cambia la denominación de la entidad al de superintendencia nacional de salud, estableciéndole la misión de ejercer la Inspección, Vigilancia y Control sobre las actividades concernientes a la prestación de los Servicios de Salud en los Seguros Sociales Obligatorios, asistencia pública, atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el estado; y sobre la liquidación, recaudo y transferencia

de los recursos fiscales que se aplican a tales actividades, ampliando los sujetos a los Prestadores Públicos, Entidades de Asistencia, Loterías.

En 1990, se reorganiza la Superintendencia, mediante el Decreto-Ley 1472 y se le establece como objeto el de ser autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de: a) la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de Salud de los Seguros Sociales Obligatorios, de la Previsión Social, de la Medicina Prepagada y de las Entidades que contratan servicios de salud con el subsector oficial del sector salud y las cajas de compensación familiar; b) sobre la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos que se apliquen a tales actividades y demás acciones de la salud, cualquiera que sea su origen; y, c) en la eficiencia en la obtención y aplicación de los recursos en las entidades del subsector oficial del sector salud, agregando nuevos sujetos, como son: las Entidades de Previsión, Empresas de Medicina Preparada, Cajas de Compensación Familiar (salud), Licoreras.

En el marco del Artículo 20 transitorio de la Constitución Política de 1991, se expidió el Decreto 2165 de 1992, por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud y establece como objetivo de la entidad la de ser autoridad técnica de inspección, vigilancia y control en relación con la siguientes materias: a) el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias a que están sujetas las entidades que prestan servicios de salud, las que prestan servicios de medicina Preparada y las Cajas de Compensación Familiar; b) la eficiencia en la

aplicación, en la obtención y aplicación de los recursos de las entidades del Subsector Oficial del Sector Salud; y, c) la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destino a la prestación de los servicios de salud.

Posteriormente, en el año 1994, mediante el Decreto 1259, expedido en desarrollo del Decreto 1266 de 1994 y en ejercicio de las facultades previstas en la Ley 100 de 1993, reestructuró la Superintendencia Nacional de Salud y ejercerá funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y amplió su espectro al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, FOSYGA, Entidades Promotora de Salud, (Régimen Contributivo y Subsidiado), Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS, Empleadores y Entidades Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios).

Es necesario señalar, que tuvo una nueva reestructuración ordenada por el Decreto 452 del 2000, expedido en el marco del artículo 54 de la Ley 489 de 1998, pero le dieron un efecto de inocuidad al no adoptar la nueva planta de personal, condición establecida para que las funciones y la estructura interna se ejerciera y operara, respectivamente.

Para terminar, Ley 1122 de 2007, en el Artículo 36 crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los

siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud; también le otorga facultades de función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema, como también agrega nuevos vigilados como son los regímenes especiales y exceptuados.

Con el Decreto 1018 de 2007, modificó la estructura y fortalece la entidad en virtud de las competencias otorgada en la Ley 1122; donde establece cinco Superintendencias Delegadas, así: 1)Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, 2) Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, 3)Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, 4) Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, 5)Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Como también crea Cuatro Oficinas: Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno y Oficina de Tecnología de la Información y la Secretaria General. Se amplía el ámbito de inspección, vigilancia y control y se fija los siguientes objetivos:

1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control;
2. Vigilar el cumplimiento de las normas;

3. Supervisar la calidad de la atención de la salud y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios;
4. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;
5. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud; Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;
6. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.
7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante;
8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

9. “Igualmente amplia el campo de inspección, vigilancia y control a los Regímenes exceptuado y Especiales y se le agregan las funciones Jurisdiccionales y de Conciliación”<sup>21</sup>.

La Ley 100 en su art 233 numeral 9 contempla la posibilidad de delegar funciones en los jefes de las Entidades Territoriales respecto de las EPS. Así en el mismo numeral asignaba a la superintendencia la resolución de diferencias administrativas que surgieran en el sistema por el tema de preexistencias. Desde entonces la superintendencia es reconocida orgánicamente como una unidad de carácter técnico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrita al Ministerio, hoy de la Protección Social.

La consideración de las funciones a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud demanda un esfuerzo de compilación y articulación legislativa, por cuanto las mismas se hallan descritas en varias disposiciones, a saber: El Decreto 2165 de 1992, modificado por el Artículo 233 de la Ley 100; el Decreto 1280 de 2002, el cual implanta el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sector Salud, en facultades extraordinarias otorgadas al Presidente de la República por el numeral 1º del Artículo 111 de la Ley 715 de 2001, norma que fue declarada inexecutable por medio de sentencia C-097 del 11 de febrero de 2003 argumentando imprecisión del legislador en las disposiciones habilitantes; La Ley 1122 de 2007, en Cap. VII y

---

<sup>21</sup> SUPERSALUD. Documento disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud>



art. 2°, 20-par, y 25 parágrafo 1°; la Ley 1438 del 2011, otras disposiciones concordantes.

La Ley 1122, le da un fortalecimiento al Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. En cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, se asignan nuevas funciones, además de reformularse los objetivos y ejes del Subsistema de Inspección. Las principales medidas en la materia se concretan en:

- La extensión del control ejercido por la Superintendencia Nacional de Salud sobre los Entes Territoriales.
- La asignación de recursos del Sistema Subsidiado para gastos de auditoría sobre el Régimen Subsidiado.
- La atribución de funciones de conciliación para resolver conflictos entre los actores del sistema.
- La atribución de funciones jurisdiccionales a la Superintendencia para la resolución definitiva de conflictos de autorización de servicios Incluidos en el POS.
- La creación de la figura del Defensor del Usuario.
- La de suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de las Entidades Territoriales.

- La de sancionar a las EPS o las Entidades Territoriales cuando incumplan el párrafo del Artículo 20 de la Ley 1122, es decir, la atención inicial de urgencia, aunque no medie contrato.
- La de delegar en las Entidades Territoriales la autorización de traslados y sancionar a las EPS que incumpla el mecanismo efectivo a la libre escogencia.

La Ley 1438 de 2011 requiere una mayor presencia del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel Departamental o Distrital, de manera directa o por convenio interadministrativo con las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, implementando procedimientos participativos que permitan la operación del sistema de forma articulada vinculando, las Personerías, la Defensoría del Pueblo, las Contralorías y otros organismos que cumplan funciones de control.

Para cubrir gastos de auditoría sobre el Régimen Subsidiado de Salud y para financiar la operación de la Superintendencia Nacional de Salud se asignan recursos del Sistema – Régimen Subsidiado –es por eso que los recursos a que se refiere el inciso primero del literal e) del Artículo 13 de la Ley 1122 se aplicaran a auditorias con lo cual la Superintendencia acreditará empresas de interventoría con las cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos.

Los recursos que adicionalmente los municipios y distritos destinen al Régimen Subsidiado que eran el 2% suben al 4% para ejercer inspección vigilancia y control. Los recursos de las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el presupuesto general de la nación como recursos adicionales de la Superintendencia.

Se le atribuyen a la Superintendencia Nacional de Salud más funciones jurisdiccionales para la resolución definitiva de ciertas materias. Se amplía la órbita de decisión jurisdiccional en cabeza de la superintendencia, en sustitución de los jueces en sede ordinaria o constitucional pues es evidente que la mayoría de los conflictos que más se ventilan por salud son los que provienen del reconocimiento de prestaciones del no POS entre ellas, las relacionadas con conflictos por la autorización de servicios no incluidos en los planes de beneficios, como también de conflictos de devoluciones o glosas de las facturas y de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas de las EPS o del empleador. Dicha función se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario.

La atribución de funciones de conciliación para la resolución de conflictos entre los actores del Sistema, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Ley 1438 le confiere de manera directa al Superintendente Nacional de Salud la facultad de ordenar de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la

integridad física de los pacientes o el destino de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Artículo 125 Ley 1438 de 2011.

## **7. METODO DE INVESTIGACION**

Este trabajo de investigación es un estudio de tipo documental, de carácter correlacional y de un enfoque cualitativo- inductivo, que permite al investigador la unión entre las principales fuentes que son Ley, y la realidad social, que lo lleva hacia la investigación jurídica.

Se proyectó una investigación de tipo documental, al centrarla en el estudio de documentos que son fuente de primera mano, por ejemplo la constitución política de Colombia y las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, para así ir formando un carácter de correlación entre las leyes ya mencionadas, la idea es la comparación de estas leyes a través de la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones y premisas concretas de carácter general. Observación y análisis de las vivencias de conocidos, familiares y propias que obligan a pensar detalladamente sobre nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El carácter en el estudio viene dado por la intención de examinar, ordenar y correlacionar los postulados teórico-documentales de los documentos seleccionados.

## **8. CONCLUSIONES**

El legislador en su afán de brindar protección y salvaguardar los derechos a la vida digna de los asociados en las coberturas de las contingencias que la sociedad debe proveer como mínimo podrá lograr que el servicio público de Salud sea universal, así como la mejoría eficaz del Sistema de Salud y la acción coordinada del Estado, sus Instituciones y la Sociedad. Todas las Reformas y Refuerzos con sus posteriores Reglamentaciones buscan alcanzar este objetivo. Seguiremos esperando el desarrollo de esta normatividad.

El fin de proteger al 100% de la población y brindar 100% en calidad, eficiencia y eficacia de los Servicios en Salud se alcanzará cuando se logre concientizar, a la sociedad completa. en el buen uso del Servicio de Salud; cuando logremos uno a uno tener el pensamiento positivo hacia nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y cuidemos nuestro cuerpo y el medio ambiente en que vivimos.

La atención primaria en salud se dará con todos sus componentes y se logrará la participación comunitaria y ciudadana cuando exista la Reglamentación al respecto y se emprendan campañas masivas de conocimiento y práctica de buenas costumbres en beneficio de nuestra salud.

Todo debe llevar a obtener un Código de Salud Colombiano, que unifique criterios y permita manejar la problemática de los Usuarios al momento de gestionar ante los Estrados Judiciales de todo el País la ejecución de órdenes médicas necesarias para salvar vidas, y administrar justicia ante la andanada de interpretaciones, por tantas Reformas, Refuerzos, Reajustes y dispersión de normas que expide el Congreso. Un Estatuto Orgánico o Código unificado sobre la Protección Social más allá de las pretensiones por regímenes y un criterio integral e integrado.

Debe el legislador en su afán también organizar de forma real la legislación en materia de un bien tan importante como la salud de todos los Colombianos incluidos ellos y todos los residentes sin distingo de nacionalidad, raza, credo, o cualquier otra causa o motivo.

En enero de 2012, se expidió el Decreto Ley 19, el cual desarrolla políticas anti trámites del Estatuto Anticorrupción, entre las que podemos resaltar en relación al tema objeto de estudio son:

Las IPS, al momento de liquidarse deben hacer entrega de las historias clínicas, al usuario o a su representante legal, para lo cual publicará dos (2) avisos en un diario de amplia circulación con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios la retiren dicho plazo no podrá extenderse más de dos (2) meses, contada, a partir de la publicación del

último aviso. De lo contrario el liquidador levantara un acta y la remitirá a la última entidad en la cual estuvo afiliado con copia a la dirección competente.

A partir de enero 1 de 2013, la acreditación de los beneficiarios de un cotizante, mayores de 18 años y menores de 25, que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad, se verificará por la Entidad Promotora de Salud a través de bases de datos disponibles que indique para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social, sin requerir la acreditación del certificado de estudios respectivos de cada entidad de educación.

El empleador deberá acreditar el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad y las licencias de maternidad o paternidad ante las EPS. En ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención del derecho.

A partir del 2013 sólo se presentará el documento de identidad para acceder a los servicios de salud.

El trámite de autorización para la prestación del servicio ambulatorio con internación, domiciliarias, de urgencia e inicial de urgencia, lo efectuara de manera directa la IPS ante la EPS.



La asignación de citas médicas y odontológicas se deberán garantizar sin necesidad de hacerla en forma presencial ni exigir requisitos fuera de ley y esta no podrá superar los tres (3) días. A partir de la solicitud. Para autorizar los servicios de salud son 5 días a partir de la autorización de una manera no presenciales para no tener que volver a recibir la misma.

Las reclamaciones o cualquier cobro con cargo a los recursos del FOSYGA se deberán presentar ante el mismo fondo en el término máximo de un año. Contado a partir de la fecha de generación o de establecimiento de la obligación de pago o de ocurrencia del evento.

Las EPS emitirán el concepto de rehabilitación por accidente o enfermedad común antes de cumplirse el día 120 de la incapacidad temporal y enviarlo a la Administradora de fondo de Pensiones respectiva, antes del día 150.

Las EPS deberán hacer una entrega de los medicamentos a los usuarios de forma segura completa e inmediata de no entregarlos en el momento que sean reclamados en un lapso no mayor de 48 horas debe garantizar la entrega en su residencia, o trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

ARBELAEZ RUDAS, Mónica, Derecho a la Salud en Colombia: El Acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud, Instituto de Derecho Público IDP. CINEP, CINEP Y Conciencias, Bogotá, 2006.

BANCO MUNDIAL, Base de Datos Documento disponible en:  
<http://www.bancomundial.org/datos/datos.html>

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, (2004) “Reformas y Equidad Social en América Latina y el Caribe: memorias de la primera fase del foro de equidad social”, Washington, D.C., IDB, Documento disponible en:  
<http://www.iadb.org/sds>

BERTRANOU, Fabio (2006), “Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina”, Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, Documento disponible en: <http://www.oitchile.cl/pdf/pro022.pdf>

BIBLIOTECA VIRTUAL PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA, Documento disponible en: [www.bvs-vspcol.bvsalud.org/](http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/) -

CAN, Estadísticas Documento disponible en:  
[http://www.comunidadandina.org/estadisticas/docu\\_destint.html](http://www.comunidadandina.org/estadisticas/docu_destint.html).

CELADE. “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe.” Programa Regional de Población y Desarrollo, División de Población/ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo, Santiago de Chile. 2008. Documento disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf>.

CEPAL, “La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe” 2006. Documento disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf>.

CEPALSTAT, Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Documento disponible en: <http://www.eclac.org/estadisticas/bases/>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007, (enero 9 de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011, (Enero 19 de 2011) Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C.

CORTES GONZALEZ, Juan Carlos, REFORMA AL SISTEMA DE SALUD. Comentarios a la Ley 1438 de 2011, Legis Editores S.A, Bogotá Colombia. Primera Edición 2011.

CRUCES, Guillermo, Machinea, José Luis, “Instituciones de la política social: objetivos, principios y atributos” CEPAL, Serie informes y estudios especiales N° 17. 2006. Documento disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/26139/lcl2573e.pdf>.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Avance de la 23ª edición. 2010.

Documento disponible en: <http://buscon.rae.es/drael/>.

ILPES-CEPAL, “El uso de indicadores socioeconómicos en la formulación y evaluación de proyectos sociales - Aplicación Metodológica”, Dirección de Proyectos y Programación de Inversiones, CEPAL Serie Manuales N°15, Documento disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/8996/manual15.pdf>.

ILPES-CEPAL, “Gestión pública por resultados y programación plurianual,”, Serie Seminarios y Conferencias N° 29. 2003. Documento disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/13430/SYC\\_29.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/13430/SYC_29.pdf).

OMS-Organización Mundial de la Salud, Documento disponible en:  
<http://www.innatia.com/s/c-medicina-natural/a-salud-oms.html>.

SIARE, Documento disponible en [http://www.clad.org.ve/siare/biblo/biblo\\_a.html](http://www.clad.org.ve/siare/biblo/biblo_a.html)

WIKIPEDIA, “Indicadores sociales”, Documento disponible en:  
[ttp://es.wikipedia.org/wiki/indicadores\\_Sociales](http://es.wikipedia.org/wiki/indicadores_Sociales).

# ANEXOS

**ANEXO 1**  
**CARTA DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA**  
**CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN**  
**ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Barranquilla, Fecha

Marque con una X

Tesis ☐ Trabajo de Grado ☐

Yo **RICARDO LADRON DE GUEVARA CANEDO**, identificado con C.C. No. 8.713.715, actuando en nombre propio y como autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado **“ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011 EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”** presentado y aprobado en el año 2012 como requisito para optar al título de **ABOGADO**; hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (DVD) y autorizo a la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE LA COSTA**, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento.

Y autorizo a la Unidad de información, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Corporación Universitaria de la Costa, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web de la Facultad, de la Unidad de información, en el repositorio institucional y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la institución y Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato DVD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

El AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad ante la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en dos (02) ejemplares del mismo valor y tenor, en Barranquilla D.E.I.P., a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de Dos Mil \_\_\_\_ 200\_\_

**EL AUTOR - ESTUDIANTE.** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

## ANEXO 2

### FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO

**TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADO: “ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS LEYES 1122 DE 2007 Y 1438 DE 2011 EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”**

SUBTÍTULO, SI LO TIENE:

## AUTOR AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos
LADRON DE GUEVARA CANEDO	RICARDO

**DIRECTOR (ES)**

Apellidos Completos	Nombres Completos
ROMERO MARIN	LIGIA CIELO

**JURADO (S)**

Apellidos Completos	Nombres Completos
MEJIA AMADOR	OMAR
SUAREZ SALGADO	JHON JAIRO

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ABOGADO

**FACULTAD: DERECHO****PROGRAMA:** Pregrado X Especialización \_\_\_\_\_**NOMBRE DEL PROGRAMA DERECHO**



**CIUDAD:** Barranquilla **AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE PÁGINAS** 109

**TIPO DE ILUSTRACIONES:**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ilustraciones                | <input type="checkbox"/> Planos      |
| <input type="checkbox"/> Láminas                      | <input type="checkbox"/> Mapas       |
| <input type="checkbox"/> Retratos                     | <input type="checkbox"/> Fotografías |
| <input type="checkbox"/> Tablas, gráficos y diagramas |                                      |

**MATERIAL ANEXO** (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: \_\_\_\_\_ minutos.

Número de casetes de vídeo: \_\_\_\_\_ Formato: VHS \_\_\_\_ Beta Max \_\_\_\_  $\frac{3}{4}$  \_\_\_\_ Beta Cam \_\_\_\_

Mini DV \_\_\_\_ DV Cam \_\_\_\_ DVC Pro \_\_\_\_ Vídeo 8 \_\_\_\_ Hi 8 \_\_\_\_

Otro. Cuál? \_\_\_\_\_

Sistema: Americano NTSC \_\_\_\_\_ Europeo PAL \_\_\_\_\_ SECAM \_\_\_\_\_

**Número de casetes de audio:** \_\_\_\_\_

**Número de archivos dentro del DVD** (En caso de incluirse un DVD diferente al trabajo de grado): \_\_\_\_\_

---

**PREMIO O DISTINCIÓN** (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial): \_\_\_\_\_

---

**DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:** Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Unidad de información en el correo biblioteca@cuc.edu.co, donde se les orientará).

**ESPAÑOL**

Salud  
Previsión  
EPS  
IPS  
Principios jurídicos  
Estrategia  
Atención Primaria  
Norma  
Sistema de Seguridad Social Integral  
Derechos.

**INGLÉS**

Heald  
Welfare  
EPS  
IPS  
Legal Principles  
Strategy  
Primary Care  
Law  
Social Security System  
Human rights

**RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS:** (Máximo 250 palabras-1530 caracteres):

La implementación de la ley 100 del 93 “puso al país como referente en la ordenación de un sistema de salud, con pretensiones de universalidad y participación de particulares,” su inicio fue la conformación de la organización de sus instituciones, procedimientos y financiación del Sistema de Seguridad Social. De ahí en adelante se da un andamiaje de reformas, todas estas susceptibles al cambio según el ritmo de las transiciones históricas, con el fin de promover y garantizar el aseguramiento y el bienestar de todos los seres humanos.

Es así con La ley 715 de 2001 se establece el sistema general de participaciones, también la ley 789 de 2002 le da un ajuste estructural al sistema de seguridad social convirtiéndolo a uno de protección social el cual es una nueva herramienta del Estado social de derecho para hacer efectivo en forma universal y progresiva el derecho a la salud.

Posteriormente, con el surgimiento de la ley 1122 de 2007 se da un Impulso a la ley 1438 de 2011, reforma más social que puntualiza y hace énfasis en la falta de una cultura, de una costumbre, de un orden y de una concientización ciudadana de los usuarios, de sistema y desde su inicio con el artículo 1 el objeto de la ley, aplica la estrategia de atención primaria en salud, que permite la acción coordinada del Estado, las Instituciones y la Sociedad.

## **ABSTRACT**

**KEY WORDS:** Health, Welfare, EPS, IPS, Legal Principles, Strategy, Primary Care, Law, Social Security System, Human rights.

The implementation of Law 100 of 93 became to Colombia as a leader in the organization of a health system, base on the Principle of universality and public participation. At the beginning it organize its institutions, procedures and financing of social security system. After that, there were a lot of reforms usefull to the changes, that had the purpose to promote, and ensure higher levels of welfare to all human beings.

Law 715 of 2001 develops the legislative act 1 of 2001, establishing the general system of participations. Law 789 of 2002 gives a structural adjustment to the social security system of social protection which is a new tool to provide health.

Law 1122 of 2007 was insufficient to meet the challenges of health. Initially the purpose of Law 1438 de 2011 was to improve the public service of health, and also it defines a national policy of social participation in order to intervene in the public politics of health.